

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM ENFERMEIROS DE URGÊNCIA
HOSPITALAR**

COMPASSION FATIGUE IN EMERGENCY HOSPITAL NURSES

Dissertação orientada pela Professora Doutora Elisabete Borges
e coorientada pela Professora Doutora Patrícia Baptista

Carla Isabel Nunes da Silva Fonseca

Porto, 2017

A nossa compaixão humana liga-nos uns aos outros - não na pena e na condescendência, mas como seres humanos que aprenderam a forma de transformar o sofrimento partilhado em esperança para o futuro.

Nelson Mandela

A todos os enfermeiros que cuidam incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Quando desenvolvemos qualquer projeto de vida, este é, sem dúvida, palco da participação e envolvimento de vários atores, pois é através da interação e partilha de conhecimentos que nos desenvolvemos e aperfeiçoamos como seres humanos.

Quero agradecer, de uma forma geral, a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte de todo este percurso académico e que sabiamente me guiaram durante esta nova etapa da minha vida e sem as quais este projeto não existiria.

Começo por agradecer à Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade que me deu em frequentar este Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, possibilitando a subida de mais um degrau no meu desenvolvimento profissional.

Às Professoras Doutoras Elisabete Borges e Patrícia Baptista, não só pelas orientações científicas e perícia nas tomadas de decisão, mas também pelo permanente apoio, compreensão, disponibilidade e ainda pela simplicidade humana que as caracteriza, contribuindo assim para uma relação salutogénica.

Ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Instituição Hospitalar, ao Diretor e Enfermeiro responsável do Serviço de Urgência e a todos os Enfermeiros, onde se realizou este estudo, pois sem a sua participação não teria sido possível esta investigação. Obrigada pela oportunidade e disponibilidade incondicional.

Por último, e não menos importante, à minha família e amigos pelo apoio, carinho e incentivo dado nos momentos mais difíceis e pela paciência e compassividade que revelaram perante os meus desabafos de preocupação, insegurança, receios e dúvidas, fornecendo-me o combustível necessário para fazer esta viagem.

A todos, sem exceção, o meu MUITO OBRIGADA. Bem hajam!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

BO - *Burnout*

CNPRP - Centro Nacional de Proteção contra Riscos Profissionais

CRRNUE - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência e Emergência

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

EU-OSHA - *European Agency for Safety and Health at Work*

FC - Fadiga por Compaixão

IGT - Inspeção-Geral do Trabalho

OIT - Organização Internacional do Trabalho

IPO - Instituto Português de Oncologia

ISHST - Instituto de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSOC - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

ProQOL - *Professional Quality of Life Scale*

QVP - Qualidade de Vida Profissional

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SC - Satisfação por Compaixão

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

STS - *Stress Traumático Secundário*

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCP - Unidade de Curta Permanência

DP - Desvio Padrão

et al. - e outros

gl - Graus de Liberdade

M - Média

N - Número da Amostra

p - Probabilidade de Significância

p. - Página

r - Correlação de *Pearson*

t - Valor do teste *t* de *Student*

U - Valor do teste de *Mann-Whitney*

% - Percentagem

RESUMO

Estudos recentes têm apontado para a prevalência da Fadiga por Compaixão (FC) em enfermeiros. Este fenómeno poderá ter um impacto significativo tanto no bem-estar do profissional de saúde como na qualidade dos cuidados prestados.

A FC é entendida como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social (Figley, 1995), em decorrência do custo empático de lidar com o sofrimento alheio e quando o enfermeiro não consegue lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem dos doentes que cuida (Lago et al., 2013).

A Qualidade de Vida Profissional (QVP) resulta do equilíbrio entre as experiências positivas e negativas no local de trabalho (Barbosa et al., 2014). Neste sentido, é de suma importância consciencializar os enfermeiros e enfermeiros gestores para a importância de ambientes de trabalho saudáveis e para os riscos psicossociais a que estão sujeitos.

Integrado no projeto “*INT-SO (Internacional-Saúde Ocupacional) - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*”, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo e transversal com os objetivos de identificar FC nos enfermeiros de urgência hospitalar de adultos e analisar a variação da FC em função das variáveis sociodemográficas e profissionais. Optou-se por uma amostra de conveniência, tendo participado no estudo 87 enfermeiros. Para a recolha de dados, utilizou-se um questionário para a caracterização sociodemográfica e profissional e a escala *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL5) de Stamm (2010), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011), que avalia três subescalas: a Satisfação por Compaixão (SC), o *Burnout* (BO) e o *Stress Traumático Secundário* (STS).

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros da presente amostra apresentam níveis altos de SC (50,6%), BO (54,0%) e STS (58,6%), verificando-se serem as mulheres as mais predispostas nas três subescalas. A SC varia em função da idade e atividades de lazer, o BO da idade e o STS da idade, sexo, tempo de experiência profissional e atividades de lazer.

Assim, é fundamental que os enfermeiros gestores estejam sensibilizados para a importância da promoção da saúde no local de trabalho e atentos aos riscos ocupacionais, nomeadamente ao fenómeno da FC, através de papéis de gestão competente e liderança participativa, de forma a fomentar os níveis de empenhamento e de satisfação com o trabalho e prevenir as consequências nefastas na saúde dos enfermeiros, nas organizações e na qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão, Enfermeiros, Serviço de Urgência

ABSTRACT

Recent research has pointed to the prevalence of Compassion Fatigue (CF) in nurses. This phenomenon may have a significant impact on the well-being of health professionals as well as on the quality of care.

CF is understood as a state of biological, psychological and social exhaustion and dysfunction (Figley, 1995), because of the empathic cost of dealing with the suffering of others and when the nurse can't handle in a healthy way with the negative feelings that emerge from the patients he cares for (Lake et al., 2013).

The Professional Quality of Life (ProQOL) results from the balance between the positive and negative experiences in the workplace (Barbosa et al., 2014). Thus, it is of utmost importance to increase awareness amongst nurses and nurse managers of the importance of healthy workplaces and the psychosocial risks they are subjected to.

Integrated in the project "INT-SO (International-Occupational Health) - From the work contexts to the occupational health of nursing professionals, a comparative study between Portugal, Brazil and Spain," it was developed a quantitative study, of descriptive and transversal type, with the objectives of identifying CF in emergency hospital nurses and analyze CF variation based on socio-demographic and professional variables.

We selected a sample of convenience, having participated in the study 87 nurses. For the collection of data, it was used a questionnaire for sociodemographic and professional characterization and the Professional Quality of Life Scale (ProQOL5) of Stamm (2010), translated and adapted to the Portuguese population by Carvalho and Sá (2011), which measures three subscales: Compassion Satisfaction (CS), Burnout (BO) and Secondary Traumatic Stress (STS).

Results showed that this sample nurses report high levels of CS (50,6%), BO (54,0%) and STS (58,6%), being women the most prone in the three subscales. SC varies according to age and leisure activities, BO to age and STS to age, gender, professional experience and leisure activities.

Thus, it is critical that nurse managers be aware of the importance of promoting healthy workplaces and paying attention to occupational risks, such as CF, through competent management roles and participatory leadership, to promote engagement and work satisfaction and to prevent the harmful consequences it can have on the health of nurses, organizations and in the quality of care provided to patients.

Keywords: Compassion Fatigue, Nurses, Emergency Services

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. Saúde Ocupacional e Ambientes de Trabalho Saudáveis	23
1.2. Serviços de Urgência Polivalente de Adultos.....	27
1.2.1. Funcionamento dos Serviços de Urgência Polivalente de Adultos	28
1.2.2. Organização do Serviço de Urgência Polivalente de Adultos	30
1.2.3. Recursos Humanos e Formação	32
1.3. O Enfermeiro no Serviço de Urgência Hospitalar de Adultos	33
1.3.1. Condicionantes do Trabalho de Enfermagem.....	34
1.3.2. Consequências dos Riscos Ocupacionais	43
1.3.3. Medidas Preventivas dos Riscos Ocupacionais.....	48
2. FADIGA POR COMPAIXÃO.....	51
2.1. Conceito da Fadiga por Compaixão	51
2.2. Modelo de Fadiga por Compaixão de Beth Stamm	52
2.3. Fadiga por Compaixão em Enfermeiros	54
2.4. Fatores que Influenciam a Fadiga por Compaixão	57
2.5. Manifestações de Fadiga por Compaixão	59
2.6. Instrumentos de Medição de Fadiga por Compaixão	62
2.7. Fadiga por Compaixão: Estratégias de Intervenção.....	63
2.8. Papel do Enfermeiro Gestor.....	67
3. METODOLOGIA	73
3.1. Questão e Objetivos de Investigação	73
3.2. Tipo de Estudo.....	74
3.3. Variáveis do Estudo	74
3.4. População e Amostra	76
3.4.1. Caracterização da Amostra	76
3.4.1.1. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Sociodemográficas.....	76
3.4.1.2. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Profissionais	78

3.5. Instrumento de Recolha de Dados	79
3.6. Procedimentos e Considerações Éticas.....	80
3.7. Tratamento dos Dados	81
4. RESULTADOS	83
4.1. Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar de Adultos	83
4.2. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Sociodemográficas	86
4.3. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Profissionais.....	88
5. DISCUSSÃO	91
5.1. Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar de Adultos	91
5.2. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Sociodemográficas	93
5.3. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Profissionais.....	94
CONCLUSÃO	97
BIBLIOGRAFIA.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo e princípios essenciais.....	25
FIGURA 2: Princípios estratégicos do PNSOC 2013/2017	26
FIGURA 3: Categorias do uso abusivo dos hospitais	28
FIGURA 4: Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de <i>Manchester</i>	29
FIGURA 5: Modelo de Ellis e Pompili de Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros..	42
FIGURA 6: Modelo teórico de Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão de Stamm	53
FIGURA 7: Diagrama de Qualidade de Vida Profissional.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Níveis de classificação do sistema de triagem de <i>Manchester</i>	31
TABELA 2: Principais sintomas de Fadiga por Compaixão.....	60
TABELA 3: Operacionalização das variáveis	75
TABELA 4: Características da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.....	77
TABELA 5: Características da amostra segundo as variáveis profissionais	78
TABELA 6: Valores do coeficiente de <i>alfa de Cronbach</i> da ProQOL5 do presente estudo, de Stamm (2010) e de Carvalho e Sá (2011)	80
TABELA 7: Distribuição dos valores da Média (M), Desvio Padrão (DP), Máximo e Mínimo das subescalas SC, BO e STS	83
TABELA 8: Pontos de corte da ProQOL5 do presente estudo, de Stamm (2010) e de Carvalho e Sá (2011)	84
TABELA 9: Frequências dos níveis das subescalas SC, BO e STS	84
TABELA 10: Matriz de correlação de <i>Pearson (r)</i> entre as subescalas da SC, BO e STS.....	85
TABELA 11: Comparação das médias da SC, BO e STS em função da idade, sexo, estado civil, ter filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer	86
TABELA 12: Teste de <i>Mann-Whitney</i> entre a SC, BO e STS e as habilitações académicas ..	88
TABELA 13: Teste de <i>Mann-Whitney</i> entre a SC, BO e STS e as ajudas disponíveis para cuidar de pessoa dependentes a cargo	88
TABELA 14: Comparação das médias da SC, BO e STS em função do tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço.....	89
TABELA 15: Teste de <i>Mann-Whitney</i> da SC, BO e STS em função da percepção de <i>stress</i> no trabalho.....	89

INTRODUÇÃO

A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais em todo o mundo e de suprema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas (OMS, 2010).

Todos os trabalhadores têm o direito fundamental a condições de trabalho seguras e saudáveis. Um bom sistema de segurança e saúde no trabalho constitui uma área importante, tanto na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, bem como na rentabilidade das organizações. Neste sentido, a gestão da segurança e saúde no trabalho deve privilegiar uma abordagem holística, tendo em conta diferentes fatores, como a conciliação da vida profissional e privada, a motivação, a evolução profissional e a liderança, que possam influenciar a segurança e saúde no trabalho (EU-OSHA, 2016).

Nas últimas décadas, têm-se verificado avanços tecnológicos significativos no local de trabalho que, conjuntamente com a rápida globalização, transformaram o trabalho em todo o mundo. Os efeitos de tais mudanças na segurança e saúde no sector da saúde também foram significativos. Em alguns casos, os riscos mais tradicionais foram reduzidos ou eliminados; no entanto, as novas tecnologias criaram novos riscos, nomeadamente o aumento da pressão para fazer face às exigências da vida moderna (EU-OSHA, 2014).

A par do desenvolvimento tecnológico e da globalização, deparamo-nos ainda com recursos progressivamente mais escassos, resultantes das políticas de contenção económica, o que contribui para que os trabalhadores, nomeadamente os enfermeiros, estejam expostos a contextos de trabalho cada vez mais exigentes e mais frequentemente sujeitos a fatores de risco psicossociais (Carvalho, 2011).

Sublinha-se que a importância dos riscos psicossociais no trabalho tem vindo a crescer e a tornar-se tema central da prevenção dos riscos ocupacionais (Borges, 2012; Silva et al., 2016b).

Apesar de ser um fenómeno pouco conhecido e difundido a nível mundial, alguns estudos sugerem que a Fadiga por Compaixão (FC) é a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde (Hooper et al., 2010; Carvalho, 2011; Lago et al., 2013; Labib, 2015; Manuelito, 2016).

Entende-se a FC como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social (Figley, 1995). Este fenómeno pode estar relacionado apenas com um determinado acontecimento ou com uma exposição a longo prazo a situações traumáticas (Carvalho, 2011; Sung et al., 2012; Cruz, 2014; Harris et al., 2015).

Os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em contexto de urgência hospitalar estão mais suscetíveis de desenvolver esta síndrome, na medida em que lidam

constantemente com situações stressoras, doença e morte, reações emocionais intensas, e até comportamentos violentos, que exigem um grande autocontrolo e trabalho emocional por parte destes profissionais (Hunsaker et al., 2015; Coelho et al., 2016).

Os sintomas da FC são variados e desenvolvem-se ao longo do tempo, comprometendo a nível físico, psicológico, cognitivo e espiritual, assim como a vida pessoal, social e profissional, o que se repercute negativamente no bem-estar e na qualidade de vida dos enfermeiros, mas também nas próprias organizações de saúde e na qualidade dos cuidados prestados (Joinson, 1992; Potter et al., 2013; Barbosa et al., 2014; Bellolio et al., 2014; Cruz, 2014; Drury et al., 2014; Labib, 2015; Harris et al., 2015).

A competência dos enfermeiros gestores e o comprometimento com a prevenção dos riscos psicossociais é primordial, em especial, pela responsabilidade que têm em criar um sistema de gestão preventivo e de identificar e acompanhar os profissionais, de forma a promover a saúde ocupacional e a prevenir as consequências nefastas na saúde dos enfermeiros, no clima organizacional e na produtividade de cada organização.

Assim, no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolveu-se o estudo de investigação “Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar” integrado no projeto “INT-SO (*Internacional-Saúde Ocupacional*) - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha”, de natureza quantitativa, descritivo e transversal, com a finalidade de contribuir para a promoção da saúde dos enfermeiros no local de trabalho.

Com a realização deste estudo de investigação pretendem-se atingir os seguintes objetivos: identificar o nível de FC em enfermeiros de urgência hospitalar de adultos e avaliar a variação da FC em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.

Quanto à metodologia utilizada, refira-se que este texto é o produto de um trabalho realizado em diferentes fases e que exigiu uma focalização no tema e um planeamento rigoroso das diferentes tarefas. Assim, começou-se por proceder a um trabalho de revisão da literatura mais atual e de referência na área, de forma a ampliar os conhecimentos. De todo este processo resulta então a elaboração deste relatório, que pretende ser um instrumento claro, informativo e acessível a todos os interessados.

No que respeita à organização, para além da introdução, este trabalho encontra-se dividido em cinco principais capítulos. O primeiro fará referência à saúde ocupacional e aos ambientes de trabalho saudáveis, à caracterização e funcionamento dos serviços de urgência polivalente de adultos e ao trabalho dos enfermeiros nesses contextos, fazendo alusão nomeadamente às condicionantes do trabalho de enfermagem, consequências e medidas preventivas dos riscos psicossociais. O segundo incidirá sobre a revisão teórica da FC, abordando o conceito, modelo, FC em enfermeiros, fatores que influenciam a FC, sintomas,

consequências, instrumentos de medição, estratégias de intervenção e o papel do enfermeiro gestor. O terceiro capítulo integrará a metodologia do estudo com a questão e objetivos da investigação, o tipo de estudo, as variáveis em análise, a população e amostra e sua caracterização, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos para a recolha dos dados, as considerações éticas e o tratamento dos dados. Posteriormente, no quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos e o quinto e último capítulo será constituído pela discussão dos resultados. O trabalho finalizar-se-á com as conclusões, sugestões e bibliografia.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Apresentamos no presente capítulo a revisão bibliográfica realizada para a concretização deste estudo. Iniciamos com uma breve abordagem da saúde ocupacional e de ambientes de trabalho saudáveis, da organização de um serviço de urgência polivalente de adultos e o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro neste contexto. Passamos para a FC, nomeadamente, o conceito, modelo de Beth Stamm, FC em enfermeiros e finalizamos com uma abordagem ao papel do enfermeiro gestor.

1.1. Saúde Ocupacional e Ambientes de Trabalho Saudáveis

O trabalho é uma atividade inerente ao indivíduo, imprescindível ao seu desenvolvimento pessoal e coletivo, podendo ser uma fonte de saúde ou de mal-estar (Cruz, 2014). Saúde e trabalho são dois termos que estão inevitavelmente interligados um ao outro, pois se é através do trabalho que conseguimos as condições necessárias à vida; também é verdade, que a saúde depende em muito das condições de trabalho.

Mas o que se entende por saúde? Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006, p. 1), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”, o que demonstra a evolução deste conceito ao longo do tempo, refletindo uma visão mais ampla e não somente a ausência de doença.

Neste sentido, o trabalho pode ter um efeito bastante positivo na saúde física e mental e no bem-estar dos trabalhadores se as condições de trabalho forem as apropriadas. Trabalhadores saudáveis e seguros alcançam níveis de bem-estar físico, psicológico e social e contribuem para uma prestação de cuidados de saúde com maior qualidade (EU-OSHA, 2016).

Contudo, de acordo com o Inquérito Europeu de Condições de Trabalho, 26% dos trabalhadores consideram que o trabalho tem um efeito negativo na sua saúde (EUROFOUND, 2016). Cerca de dois milhões de pessoas morrem a cada ano devido a acidentes de trabalho e a doenças ou lesões relacionadas com o trabalho, o que tem alertado para a necessidade de se criarem ambientes de trabalho mais saudáveis. Também a população ativa na Europa está a envelhecer e a idade oficial da reforma está a aumentar em vários Estados-Membros, pelo que os trabalhadores têm pela frente vidas profissionais mais longas e uma exposição mais prolongada aos riscos ocupacionais (OMS, 2010).

Com efeito, a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais em todo o mundo, a nível individual e familiar, bem como também ao nível da produtividade, competitividade e sustentabilidade das organizações e comunidades. Estas dimensões

constituem direitos humanos que devem ser salvaguardados pelas entidades patronais, bem como requisitos imprescindíveis à qualidade da atividade prestada, pelo que a sua gestão eficaz é benéfica para os trabalhadores, as organizações e a sociedade (EU-OSHA, 2014).

É neste contexto que surge o conceito de Saúde Ocupacional, que tem por finalidade a prevenção dos riscos ocupacionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador de forma a garantir ambientes de trabalho saudáveis (DGS, 2013), considerando-se um ambiente de trabalho saudável “aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho...” (OMS, 2010, p. 6).

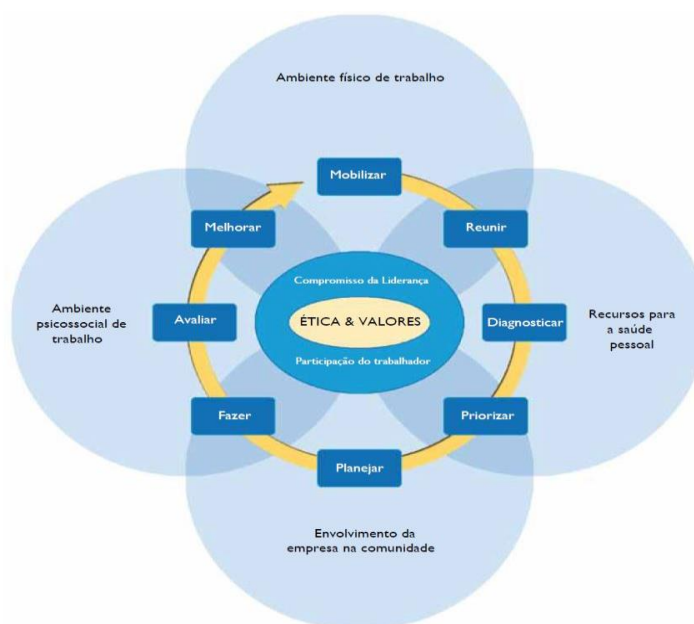
Para a obtenção de um ambiente de trabalho saudável, as organizações precisam de adotar ações conjuntas de forma a assegurar a segurança e a saúde física e psicológica dos trabalhadores. Essas ações estão voltadas para o ambiente físico do trabalho, nomeadamente a estrutura física e ambiental; para o ambiente psicossocial do trabalho, como a cultura organizacional; para a saúde pessoal no ambiente de trabalho, referente aos serviços de saúde; para os recursos e oportunidades e, por último, para o envolvimento da organização na comunidade, para melhorar também a saúde das famílias e comunidade.

De facto, as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores são hoje uma preocupação global, defendida por várias organizações como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS, e concretizada com a realização de acordos internacionais para melhorar as condições de trabalho e com a promoção de discussões sobre o tema, visto que as condições de saúde no trabalho refletem o desenvolvimento socioeconómico de qualquer país (Fonseca et al., 2016).

Por exemplo, de acordo com o Plano de Ação Mundial para a saúde dos trabalhadores 2008/2017, a OMS descreve como objetivos fundamentais: desenvolver e implementar instrumentos de política em saúde dos trabalhadores, proteger e promover a saúde no local de trabalho, melhorar o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacional, fornecer e comunicar evidência para a ação e prática e integrar a saúde dos trabalhadores nas outras políticas (OMS, 2010).

A Figura 1 apresenta o modelo de ambiente de trabalho saudável adotado pela OMS (2010).

FIGURA 1: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo e princípios essenciais



Fonte: (OMS, 2010, p. 8)

O processo de desenvolvimento deste modelo para um ambiente de trabalho saudável está vinculado ao modelo de melhoria contínua da qualidade, que integra todas as etapas que ocorrem, desde o planeamento estratégico até à avaliação, de forma a garantir a satisfação das necessidades de todos os envolvidos e a sustentabilidade da organização ao longo do tempo.

Os princípios fundamentais para o seu sucesso dão ênfase a um processo contínuo de mobilização e participação dos trabalhadores em todas as etapas do processo, bem como ao compromisso da liderança, com base numa ação colaborativa, assente nos objetivos, valores e ética da organização e dos trabalhadores, atendendo ao ambiente físico do trabalho, aos recursos para a saúde pessoal, ao envolvimento da empresa na comunidade, bem como ao ambiente psicossocial do trabalho.

Em síntese, e de acordo com a estratégia da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) (2016, p. 4), “um ambiente de trabalho seguro e saudável é essencial para aumentar o potencial e o empenho dos trabalhadores, bem como a competitividade das empresas”.

Quanto a Portugal, atendendo às necessidades crescentes e emergentes de intervenção em saúde no contexto laboral para promover a qualidade de vida no trabalho, e em resposta à recessão económica global pelo impacto que teve na saúde, na segurança e nas condições de trabalho, foi elaborado o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - 2º Ciclo

2013/2017, pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que constitui um documento orientador da política nacional de Saúde Ocupacional.

O programa estabelece como objetivos gerais aumentar os ganhos em saúde e garantir o valor da saúde do trabalhador, tendo como princípios estratégicos a organização, o planeamento e intervenção em Saúde no Trabalho, bem como a instituição de boas práticas.

O esquema seguinte traduz de forma sucinta os princípios estratégicos do PNSOC 2013/2017:

FIGURA 2: Princípios estratégicos do PNSOC 2013/2017



Fonte: (DGS, 2013)

De acordo com estes princípios estratégicos, prevê-se que a partir da ação conjunta na prevenção dos riscos profissionais, nomeadamente o garante das condições de trabalho, da proteção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores através de uma adequada e contínua vigilância da saúde, se promovam ambientes de trabalho saudáveis e contribua para a sua excelência.

Em Portugal, existem vários organismos responsáveis pela regulamentação, vigilância e promoção da saúde do trabalhador, nomeadamente, o Instituto de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST), o Centro Nacional de Proteção contra Riscos Profissionais (CNPRP) e a Inspeção-geral do Trabalho (IGT).

No entanto, de acordo com a legislação em vigor (Artigo 5º, Lei nº 102/2009), cabe às organizações instituir uma política de Saúde Ocupacional, também designada por política de Saúde e Segurança do Trabalho, de forma a assegurar a saúde e segurança de todos os seus trabalhadores, independentemente do vínculo contratual, garantindo não só as condições de trabalho adequadas, mas também implementando as medidas necessárias de prevenção dos riscos ocupacionais e de promoção de saúde.

É neste contexto que surge o presente trabalho, que irá focar-se no estudo dos riscos ocupacionais associadas à área da saúde, e mais especificamente ao trabalho dos enfermeiros nos serviços de urgência hospitalar de adultos.

1.2. Serviços de Urgência Polivalente de Adultos

Os centros hospitalares são estruturas complexas com características peculiares ao nível da sua tipologia e funcionamento. Representam estruturas de grande dimensão, em funcionamento 24 horas/dia, com uma carga de trabalho excessiva, dotadas de um leque diversificado de profissionais que utilizam tecnologia especializada e que se defrontam com constantes pressões psicológicas, dada a organização do trabalho e a proximidade com a doença e morte, potenciadoras de riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais (Borges, 2012; DGS, 2014a; Fônsaca et al., 2016).

Assim, antes de mais, é fundamental distinguir situações urgentes e emergentes. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNUE) define como urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e por emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (DGS, 2014b, p. 7).

Neste âmbito, e de forma a responder mais eficazmente a diferentes situações clínicas, procedeu-se a uma diferenciação dos serviços de urgência hospitalar.

O Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto, define a reforma das urgências, anteriormente legislada, que integra três níveis de urgência - Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) - cujos objetivos se prenderam com a melhoria do acesso, da equidade, da segurança, da qualidade e da racionalização dos recursos no atendimento aos doentes urgentes em Portugal (DGS, 2014b). A par desta definição, criou ainda um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que progressivamente integre os sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência. São ainda definidas redes de referência das quatro Vias Verdes (Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma) e de centros específicos, nomeadamente o da Oxigenação por Membrana Extracorporal, entre outras especificidades.

O SUP corresponde ao nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, devendo dar resposta de proximidade à população adulta da sua área (idade superior a 18 anos). Localizados nos hospitais gerais centrais, podem em determinadas circunstâncias, como por exemplo, queimados, ser de referência suprarregional ou até

nacional. É o caso do Hospital de São João, na Região de Saúde do Norte, num total de 14 hospitais com SUP (DGS, 2001; Artigo 5º, Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde).

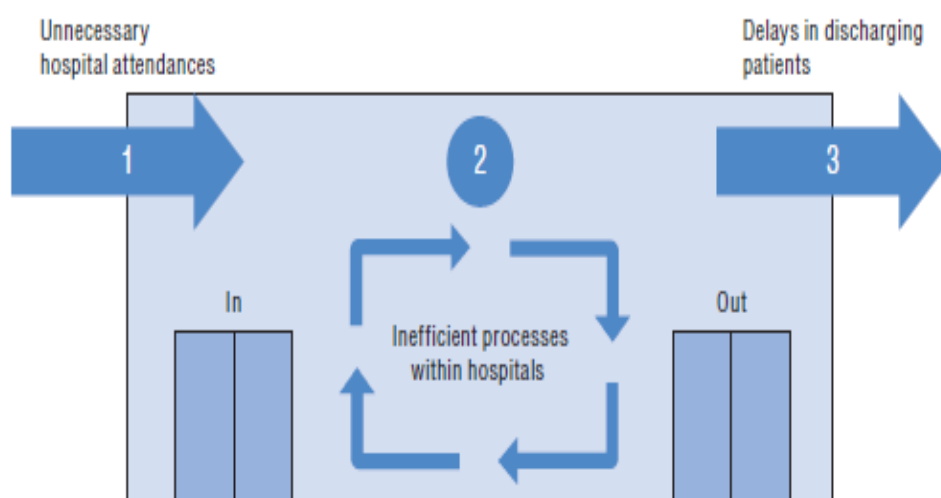
De acordo com o anterior Despacho, para além de dispor dos recursos humanos (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico...) e valências médicas obrigatórias que constituem os SUMC, deve também dar resposta a um conjunto de valências específicas, como por exemplo, Neurocirurgia, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Torácica.

1.2.1. Funcionamento dos Serviços de Urgência Polivalente de Adultos

O funcionamento destes serviços tem sido uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS), porque não só são a porta de entrada no SNS e grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, como dele dependem muitos outros serviços hospitalares. No entanto, apesar de toda a reestruturação dos serviços de saúde para a população em geral, continuamos a observar uma desnecessária procura dos cuidados de urgência/emergência nos serviços hospitalares (DGS, 2001).

De acordo com o documento *Tackling Wasteful Spending on Health* da Organização para a cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017), e como se pode ver na Figura 3, a utilização abusiva dos cuidados hospitalares pode ser agrupada em três categorias: atendimentos hospitalares desnecessários, processos ineficientes dentro dos hospitais e atrasos nas altas hospitalares.

FIGURA 3: Categorias do uso abusivo dos hospitais



Fonte: (OCDE, 2017, p. 195)

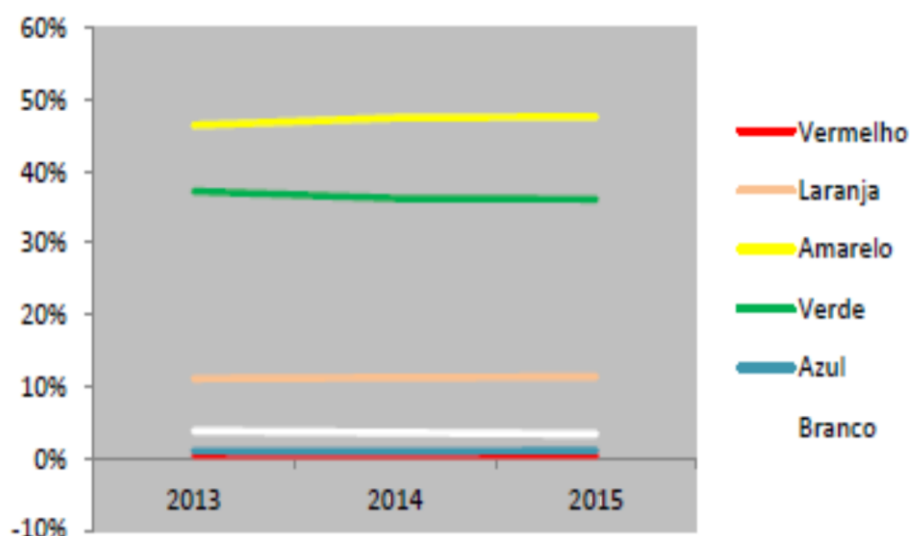
É motivo de particular preocupação os atendimentos hospitalares desnecessários, na medida em que constituem um dos principais motores do uso excessivo dos hospitais. Este fator, para além de dispendioso, é potencialmente prejudicial para os doentes, na medida em que compromete o tratamento imediato dos mais urgentes, reduzindo a qualidade de cuidados prestados, pelos longos tempos de espera e atrasos no diagnóstico e tratamento (OCDE, 2017).

No entanto, a procura dos serviços de urgência hospitalares continua a aumentar, apesar das estratégias delineadas em vários países. Por exemplo, Portugal, onde os números se têm mantido praticamente inalterados desde 2001, é o país com mais atendimentos nos serviços de urgência *per capita*, num conjunto de 22 países estudados pela OCDE. São aproximadamente 70 admissões na urgência por cada 100 habitantes, bem acima do segundo da lista, Espanha, e muito distante de países como a Suíça, a Holanda e a Alemanha.

Estes números relativos ao contexto português mantêm-se atuais, porque a procura dos serviços de urgência não mudou entre 2011 a 2014, mesmo com o substancial aumento das taxas moderadoras.

Relativamente à triagem de *Manchester*, verifica-se a persistência do peso elevado de atendimentos triados com cor branca, azul e verde (clarificação das cores explanada na Tabela 1), os quais poderiam eventualmente ser observados em outros serviços do SNS.

FIGURA 4: Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de *Manchester*



Fonte: (ACSS, 2016)

De acordo com o relatório da DGS (2014b), 41,8% das urgências em 2014 não careciam de um atendimento em serviço de urgência hospitalar, o que prejudica a qualidade dos serviços

prestados aos que efetivamente precisam, especialmente pelo desvio dos recursos humanos. Isto deve-se possivelmente ao facto de muitos doentes não terem médico de família ou não conseguirem consultas em tempo adequado nos centros de saúde, pelo que ao funcionar 24h por dia, o serviço de urgência hospitalar permite que os doentes não tenham de faltar ao trabalho e ao terem especialistas, poderem fazer exames complementares.

1.2.2. Organização do Serviço de Urgência Polivalente de Adultos

As instalações do serviço de urgência foram projetadas de forma à estrutura física se adaptar ao conceito de funcionalidade e organização idealizado pela CRRNUE.

Este novo conceito baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a prioridade de observação da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados.

Assim, existem atualmente seis diferentes fluxos de circulação, três com base na prioridade de observação e potencial gravidade (amarela, laranja, vermelha) e três com base no problema do doente (orto-traumatologia, psiquiatria, otorrinolaringologia e oftalmologia). Para os doentes de prioridade verde e azul (menor grau de prioridade), difundiu-se o modelo de *fast track* (salas de atendimento rápido) para redirecionar os doentes não urgentes para fora da urgência. Constitui um local adjacente ao serviço de urgência, assegurado por um médico e enfermeiro.

De acordo com o Artigo 20º do Despacho nº 10319/2014, o serviço de urgência deve incluir as seguintes áreas funcionais: área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida, área de orto-traumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares.

Segue, a título de exemplo, a descrição das áreas de um Centro Hospitalar da região Norte.

Área de admissão e receção

É o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente. Contigualmente a esta área, encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos, como são as altas, os internamentos, receção de reclamações, etc. Adjacente a esta zona existe a sala de espera onde o doente/família aguarda chamada para o gabinete de triagem.

Área de triagem

Após admissão, o doente/família passará para a área de triagem onde é efetuada uma avaliação inicial de sinais e sintomas por um enfermeiro(a), baseada num protocolo específico e com base científica - o Sistema de Triagem de *Manchester*. Este sistema assenta numa classificação dos doentes por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para o seu atendimento, como podemos ver na Tabela 1.

TABELA 1: Níveis de classificação do sistema de triagem de *Manchester*

Nível de classificação (por cores)	Grau de risco	Tempo de espera máximo recomendado
Vermelha	Emergente	3 minutos
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarela	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco urgente	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos
Branca	Atendimento eletivo, ou seja, um procedimento que pode ser programado e que só pode ser aplicado nas situações que estão definidas pelo Grupo Português de Triagem.	

Área de emergência e doente crítico (vermelha)

Constituída pela Sala de Emergência que tem contíguas a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e a Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios da urgência. Esta área destina-se à receção, avaliação e estabilização inicial dos doentes com situações em que existe geralmente risco de vida ou compromisso das funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

Área de atendimento laranja / Unidade de Curta Permanência (UCP)

Espaço destinado ao atendimento de doentes muito urgentes (laranja). Possui equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente. Neste local existe ainda a UCP, destinada à vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência não superior a 24 horas para a sua resolução e alta e/ou internamento.

Área de atendimento amarela

Área de observação de doentes classificados com um nível intermédio de prioridade (amarela) e também aqueles de menor gravidade (verde, azul), quando não existe o referido

modelo de *fast track* (salas de atendimento rápido) integrado. Adjacente a esta área existe ainda uma zona de espera para doentes ainda não observados.

Área de orto-traumatologia

Áreas que visa uma assistência a doentes com traumatismos de pouca gravidade ou que necessitem de procedimento cirúrgico de curta duração.

Área de Urgência Metropolitana de Psiquiatria

Área de atendimento e orientação de todas as situações do foro psiquiátrico da área metropolitana do Porto.

Áreas de apoio à família/acompanhante

Esta área inclui uma sala de espera de acompanhantes, um gabinete de informação e de apoio ao acompanhante e uma sala de encontro com a família.

Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do serviço de urgência alberga ainda um Gabinete Assistencial, um Posto da Polícia de Segurança Pública (PSP) e a Área de Direção do Serviço e da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

Existem ainda áreas de urgência de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Obstetrícia/Ginecologia (fora da área geográfica do serviço de urgência).

1.2.3. Recursos Humanos e Formação

A equipa de saúde que integra o serviço de urgência é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos, que devem possuir formação em áreas essenciais ao funcionamento dos serviços de emergência.

Relativamente aos médicos e enfermeiros, estes devem ter formação em Suporte Avançado de Vida; Suporte Avançado de Vida em Trauma, Ventilação e Controle Hemodinâmico; Transporte de Doentes Críticos; em Vias Verdes, Comunicação e Relacionamento em Equipa e em Gestão de *Stress* e de Conflitos. Quanto aos assistentes operacionais, estes devem ter formação em Suporte Básico de Vida.

1.3. O Enfermeiro no Serviço de Urgência Hospitalar de Adultos

A enfermagem é uma das profissões mais importantes na prestação de cuidados de saúde, pois são os enfermeiros que cuidam de indivíduos de todas as idades e meios culturais de forma holística (Al-Hammad et al., 2012).

De acordo com o Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que define o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a enfermagem é “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2015, p. 99).

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o enfermeiro deve, no domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, promover um ambiente seguro para a garantia da qualidade e gestão dos cuidados, assim como contribuir para a promoção da saúde (OE, 2012).

Contudo, ser enfermeiro hoje em dia é muito mais do que prestar cuidados de saúde. Para além das competências técnicas e científicas, devem ser capazes de pensar e agir rapidamente e de resolver os problemas emergentes (Martins et al., 2014b). É necessário ter-se também competências tecnológicas, administrativas, comunicativas e humanísticas que lhes permitam tomar as melhores decisões em casos de extrema urgência. De facto, o enfermeiro assume funções de educador, consultor, articulador, integrador, identificador de problemas, planificador, executor e avaliador dos cuidados de saúde que devem ser prestados, gestor de recursos humanos, materiais e equipamentos, entre outras, o que representa uma sobrecarga de papéis para um só profissional e acarreta consequências não só para os doentes como para os próprios profissionais de saúde (Dantas et al., 2015; Araújo et al., 2016).

Pela proximidade e especificidade da atividade, relacionada com a assistência a doentes críticos que exigem uma assistência rápida e decisiva, os enfermeiros estão expostos a um considerável número de riscos ocupacionais (químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais) os quais contribuem para a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, com elevados prejuízos para a sua saúde (Barreto et al., 2012; Cruz, 2014; Dantas et al., 2015; EU-OSHA, 2014; Borges et al., 2015; FôNSECA et al., 2016; Silva et al., 2016b; Vieira, 2016).

1.3.1. Condicionantes do Trabalho de Enfermagem

O serviço de urgência e emergência configura-se uma das áreas mais problemáticas dentro do SNS, inerente do número crescente de atendimento nestes setores. Os enfermeiros que trabalham nestes serviços confrontam-se com inúmeras dificuldades para desempenhar a sua atividade profissional, pela falta de recursos humanos, pela estrutura física inadequada, pela sobrecarga e ritmo de trabalho acelerado e pelas relações profissionais stressantes dentro do ambiente de trabalho, que contribuem de forma significativa para a vulnerabilidade da saúde dos profissionais (Dantas et al., 2015; Fônsaca et al., 2016; Araújo et al., 2016).

Neste sentido, constituem condicionantes no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, entre outros, “o ambiente de trabalho, horário de trabalho por turnos, sobrecarga física e emocional, recursos humanos, vínculo institucional, remuneração, o contato com o sofrimento e morte, o relacionamento interpessoal e a interação trabalho-família” (Borges, 2012, p. 48).

Ambiente de Trabalho

O local de trabalho de qualquer profissional deve ser seguro e saudável de forma a proteger a saúde dos trabalhadores, a facilitar o desempenho da atividade e aumentar a sua produtividade.

No entanto, segundo Barreto et al. (2012, p. 37) “observa-se que, muitas vezes, a atenção da equipe no ambiente de trabalho se concentra no cuidar, porém, no cuidar apenas dos outros”, pelo que os hospitais podem também ser responsáveis pela ocorrência de riscos ocupacionais diversos naqueles que aí trabalham.

Esta situação é agravada pelas más condições físicas que muitas organizações proporcionam, ou seja, a estrutura, o ar, os equipamentos, os produtos e as substâncias químicas (OMS, 2010). De facto, o ambiente de trabalho hospitalar não é muitas vezes o mais adequado às atividades desenvolvidas, propiciando riscos como os físicos e ergonómicos (postura inadequada, levantamento e transporte manual de objetos pesados, equipamento e mobiliário em mau estado, iluminação inadequada, poluição sonora, radiações, entre outros.), o que conduz a desconforto, cansaço e doenças (Oliveira et al., 2014b).

Também o ambiente de trabalho hospitalar é por si só prejudicial, pois não só recebe doentes com diferentes patologias como desenvolve procedimentos potenciadores de acidentes e doenças (Fônsaca et al., 2016). Destaque-se, por exemplo, os acidentes de trabalho devido à exposição a materiais biológicos e químicos, associados ao manusear de materiais perfuro-cortantes, realização de colheitas de sangue e outros líquidos possivelmente infetados, administração de medicamentos e prestação de cuidados, sem o

uso ou má utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (Barreto et al., 2012; Leite et al., 2014; Lima et al., 2016).

Vasconcelos et al. (2012) reconhecem no seu estudo que os padrões das condições de trabalho e a organização do trabalho no contexto hospitalar relacionam-se com a ocorrência de doenças nos profissionais de enfermagem. Identificaram que 85,7% dos participantes relatou uma ou mais doenças nos últimos 12 meses, sendo que as doenças mais prevalentes foram: doenças músculo esqueléticas (37,1%), doenças digestivas (28,7%), distúrbios mentais (28,3%), lesões no trabalho (27,9%), doenças respiratórias (26,8%) e doenças cardiovasculares (22,1%). Concluem ainda que as medidas de promoção da saúde no local de trabalho não se limitam ao uso de EPI; devem também incluir melhorias nas condições de trabalho e na organização do trabalho.

Os profissionais de saúde têm consciência dos riscos a que estão expostos e da importância do cumprimento das normas padrão e do uso de EPI na prestação de cuidados aos doentes em situações de urgência/emergência. No entanto, devido ao desconhecimento, à má ou tardia identificação das situações de risco, a descuido, à inadequação de recursos humanos, à falta de tempo e à exposição a agressões físicas e verbais, vivenciam situações de *stress* que os deixam suscetíveis aos riscos (Martins et al., 2014b). Também de acordo com Silva et al. (2016a), os enfermeiros realizam na maioria das vezes procedimentos sem o uso de EPI, tais como luvas, máscaras e sapatos fechados.

Há ainda estudos que evidenciam que alguns profissionais de saúde não têm consciência e que ignoram os riscos ocupacionais a que estão sujeitos, pelo que não cumprem as normas de segurança (Valente et al., 2012).

Assim, as condições de trabalho inadequadas às quais os profissionais de enfermagem estão expostos nos contextos de urgência e emergência, não só favorecem os acidentes de trabalho, o sofrimento e as doenças profissionais, como constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças infecciosas, exposição à violência física e verbal, *stress* ocupacional, entre outros (Barreto et al., 2012; Angelim et al., 2016). De referir que segundo Correia (2016a, p. 129) “os efeitos da violência vão assim para além do local de trabalho, afetando a família das vítimas, os colegas e também as testemunhas”.

Horário de trabalho por turnos

A sociedade atual está em constante transformação, pelo que a forma como organizamos o trabalho também se teve de adaptar a estas mudanças económicas, demográficas, sociais e tecnológicas. Neste sentido, tem-se verificado uma diversificação dos horários de trabalho dos quais destacaremos o trabalho por turnos (Carneiro et al., 2015; Correia, 2016b).

De acordo com o Sexto Inquérito Europeu às Condições de Trabalho (EUROFOUND, 2016), 21% dos trabalhadores da União Europeia trabalhavam por turnos em 2016, o que representa um aumento de 4% comparativamente a 2005 e 2010 (17%), sendo o setor da saúde o que regista o maior valor (41%) de trabalho por turnos.

Uma característica do trabalho no serviço de urgência é a rotatividade dos turnos. De acordo com o Artigo 220º do Código do Trabalho, considera-se trabalho por turnos “qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas” (Lei nº 7/2009, p. 971).

O trabalho por turnos associa-se a consequências negativas e positivas para o trabalhador, quer ao nível da saúde e do bem-estar, quer ao nível social e familiar. Contudo, a literatura destaca sobretudo o impacto negativo que esta modalidade horária tem na saúde física, mental, emocional, social e familiar dos enfermeiros (Vasconcelos et al., 2012; Carneiro et al., 2015; Reis et al., 2015).

O trabalho noturno interrompe a temporização do ciclo circadiano, na medida em que o trabalhador tem a sua vida social e ritmo orgânico ligados ao dia. Consequentemente, o trabalhador realiza a atividade no momento em que o organismo está preparado para o descanso, o que por sua vez conduz a mudanças biológicas e a perturbações mentais, tais como alterações endócrinas, hipertensão arterial, desconforto gástrico/postural, alterações na qualidade do sono/repouso, cansaço/desgaste, isolamento social, alterações de humor, irritabilidade, cefaleias, angústia e desenvolvimento de doenças crónicas, entre outros (Al-Hammad et al., 2012; Carneiro et al., 2015; Mizuhira et al., 2015; Reis et al., 2015).

Al-Hammad (2012), ao determinar a associação entre a frequência de distúrbios psicológicos, distúrbios do sono e doenças crónicas com o trabalho por turnos, concluiu que 52% dos enfermeiros estavam psicologicamente angustiados, 27% sentiam-se gravemente angustiados e 14% tinham perturbações do sono. Demonstrou ainda que há uma relação entre *stress* e a duração do trabalho por turnos, visto que os enfermeiros que trabalham por turnos há 5 anos ou menos revelam níveis de *stress* superiores aos que trabalham por turnos há mais de 10 anos, pois estes foram-se ajustando e encontrando estratégias de adaptação.

O trabalho por turnos encontra-se associado, não só a mudanças comportamentais, nomeadamente o aumento do consumo de tabaco, café e fármacos e maus hábitos alimentares, assim como a dificuldades a nível social e familiar, o que agrava ainda mais a situação. De facto, o trabalho por turnos é muitas vezes incompatível com a vida familiar e social e um fator de desequilíbrio, o que pode gerar diversos conflitos trabalho-família e família-trabalho (Carneiro et al., 2015; Correia, 2016b).

Porém, encontramos relatos de vantagens associadas ao trabalho por turnos. As mais mencionadas são a disponibilidade para tratar de assuntos, a flexibilidade de horário, o aumento da remuneração, o tempo livre durante a semana e fim de semana, as folgas à semana, entre outros (Carneiro et al., 2015; Correia, 2016b).

Constata-se ainda que a adaptação e satisfação por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, correlaciona-se positivamente com o contexto organizacional, nomeadamente com a frequência com que a organização valoriza as contribuições do trabalhador e a flexibilidade na gestão do horário por parte das chefias, de acordo com as necessidades e preferências dos profissionais. Como os trabalhadores se sentem mais felizes, menos stressados e parte de uma equipa mais confiável e colaborativa, fortalecem-se as relações afetivas e melhora-se a saúde física e psicológica dos enfermeiros (Carneiro et al., 2015; EUROFOUND, 2016).

Sobrecarga física e emocional

Uma das condições que mais dificulta o trabalho dos enfermeiros é a exaustão física e mental. Esta deve-se sobretudo ao confronto com situações emocionalmente perturbadoras que envolvem o sofrimento, a morte e a angústia dos doentes, ao ritmo intenso do trabalho, à realização de atividades repetidas em conjunto com pedidos inesperados e à sobrecarga de funções a que estão sujeitos. Estas condições são ainda agravadas pelo número insuficiente de profissionais e pelo elevado número de doentes (Adrianssens et al., 2012; Fôñseca et al., 2016; EUROFOUND, 2016).

Acrescente-se ainda a falta de recursos materiais disponíveis aquando da prestação dos cuidados de saúde como responsável pelo desgaste físico e mental dos enfermeiros, já que estes vêem-se obrigados a improvisar materiais e equipamentos para proporcionar um serviço de qualidade (Ramos et al., 2014a).

Contudo, isto não só conduz a um desgaste físico e emocional nestes profissionais, como condiciona toda a qualidade do serviço prestado, nomeadamente pela diminuição do tempo para desempenhar as funções adequadamente (Cropley, 2015; Dantas et al., 2015; Araújo et al., 2016; Fôñseca et al., 2016; EUROFOUND, 2016).

Recursos humanos

Um outro fator a considerar são os recursos humanos existentes. Em média, em todos os países da OCDE, em 2013, havia cerca de 9,1 enfermeiros por 1000 habitantes, o que representa um aumento em termos absolutos e *per capita* comparado com o ano de 2000; no entanto, em Portugal, o rácio representa apenas 6,1 enfermeiros *per capita* (OCDE, 2015).

Esta falta de recursos humanos tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados e na saúde mental e emocional dos trabalhadores, pela sobrecarga a esforços excessivos, tendo-se inclusivamente que prolongar o turno, o que os torna mais propensos a esgotamentos e a insatisfação no trabalho (EU-OSHA, 2014). A redução de enfermeiros tem ainda um impacto negativo na segurança dos doentes, sendo que “a dotação segura de enfermagem é um fator determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e tem impacto nos resultados obtidos para os prestadores e para as organizações” (Freitas et al., 2013, p. 171).

Vínculo institucional e Remuneração

O tipo de vínculo institucional e a remuneração são igualmente condições a considerar, visto poderem influenciar a motivação dos enfermeiros no desenvolvimento da sua atividade profissional.

Segundo Dias (2012), ao estudar a motivação dos enfermeiros em tempo de crise, os enfermeiros com vínculo precário apresentaram maior motivação e satisfação no trabalho, uma vez que o reconhecimento do trabalho desenvolvido potencia o acesso a vínculo definitivo. Por outro lado, o fator remuneração foi aquele com que os enfermeiros demonstraram menor satisfação. Conclui a autora que os enfermeiros se sentem mais satisfeitos em questões relacionadas com fatores sociais e humanos.

Mais recentemente, Correia (2016b) realizou um estudo num hospital, concluindo que 96,9% dos enfermeiros se sentem insatisfeitos com a remuneração auferida comparativamente ao trabalho que desempenham, pois consideram-na incompatível com as suas atribuições, funções, competências, qualificações e com o esforço despendido na resposta às necessidades dos doentes.

A baixa remuneração é também um dos fatores responsáveis pelo desgaste no ambiente de trabalho. Com efeito, os trabalhadores são muitas vezes obrigados a recorrer a pluriemprego de forma a colmatarem os baixos salários, o que resulta em pouco tempo livre para o lazer, o descanso e a família (Ramos et al., 2014a; Angelim et al., 2016; Correia, 2016b).

Neste âmbito, refira-se o reconhecimento e a progressão na carreira, ou melhor dizendo, a falta deles. De facto, nos últimos anos, os enfermeiros viram as suas carreiras congeladas e reduzidas a duas categorias (enfermeiro e enfermeiro principal), com desvalorização das especialidades, o que tem aumentado os sentimentos de descontentamento entre estes profissionais (Correia, 2016b).

Sufrimento e morte

O trabalho é uma atividade fundamental para os seres humanos. Ele não só é a sua fonte principal de rendimento e o meio de realização profissional, gerando satisfação e prazer, como também é a causa de sofrimento e doenças (Martins et al., 2014b).

O mesmo se aplica no contexto de enfermagem, já que “o trabalho na área hospitalar no setor de urgência e emergência tem potencial gerador de prazer e/ou sofrimento aos profissionais da enfermagem” (Kolhs et al., 2017, p. 423).

Com efeito, todos os enfermeiros, especialmente os dos serviços de emergência, têm de lidar diariamente com situações traumatizantes, para além de estarem frequentemente expostos a agressões físicas e verbais (Adrianssens et al., 2012). De acordo com os mesmos autores, os acontecimentos mais traumatizantes são: a morte repentina de jovens (31,6%) ou de bebés e crianças (25,6%), contato com vítimas de acidentes de automóvel ou de comboio (15,1%), lidar com traumas físicos e queimados (8,7%), confronto com situações perigosas de agressão, violência e ameaça (3,9%), lidar com o sofrimento da família (2,5%), entre outros.

Na verdade, cuidar de doentes que estão emocionalmente instáveis devido à sua doença, lidar com a dor, a morte e com situações de grande responsabilidade e altamente desafiadoras todos os dias não é fácil e pode até ser bastante perturbador. Acrescente-se ainda os vínculos emocionais que são criados entre doentes e enfermeiros, especialmente quando o tempo de internamento nas unidades de saúde é bastante longo, e que geram ou agravam o sofrimento dos enfermeiros (Al-Hammad et al., 2012; Barreto et al., 2012).

Quando confrontados com a morte, à luz da Psicodinâmica Dejouriana, apresentam igualmente sentimentos de prazer como a sensação do dever cumprido e sentimentos de sofrimento como tristeza, frustração e impotência. No entanto, para minimizar o sofrimento, adquirem mecanismos de defesa, refugiando-se no trabalho e tentam não pensar no problema (Santos et al., 2016).

De facto, apesar de certas respostas físicas e psicológicas serem consideradas uma reação normal, que geralmente diminuem num curto período de tempo, outras originam perturbações psicológicas mais graves como o *stress*. Estas experiências negativas não só potenciam a ocorrência de riscos ocupacionais, como podem influenciar negativamente a qualidade do serviço prestado, conduzindo ao aumento do absentismo e a uma diminuição da produtividade. Contudo, estas consequências podem ser minimizadas com um bom apoio social, um relacionamento interpessoal positivo e uma boa comunicação nas equipas (Adrianssens et al., 2012).

Kolhs et al. (2017) acrescentam que identificar fatores que geram sentimentos de prazer, sofrimento e mecanismos de defesa contribui para processos de mudança, valorizando a equipa de enfermagem nos seus aspetos humanos e profissionais.

Relacionamento interpessoal

O relacionamento interpessoal é outro fator a considerar, pois em qualquer ambiente de trabalho onde interagem diferentes profissionais é frequente a ocorrência de conflitos próprios das relações humanas (Ramos et al., 2014a; Dantas et al., 2015).

Um bom relacionamento interpessoal conduz não só a uma maior satisfação profissional, como a uma melhor qualidade dos cuidados prestados. Correia (2016b), ao avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital, descreve o relacionamento interpessoal como uma das dimensões com grande significância (79,6%). Já Martins et al. (2014a) analisaram a relação entre o relacionamento interpessoal e o *stress* da equipa de enfermagem de uma unidade intensiva de um hospital e concluíram que o relacionamento interpessoal é um fator determinante para a prestação de cuidados aos doentes e que ambientes onde a proximidade e as relações profissionais são mais intensas são alvo de relações conflituosas.

De igual modo, as relações interpessoais podem ser afetadas pelo trabalho diário intenso, pelas más condições de trabalho e pelo tipo de gestão da organização, conduzindo a conflitos e assédio. A desorganização do trabalho gera sentimentos de impotência, desmotivação e confusão relacional, traduzindo-se numa comunicação inadequada que se repercute de forma negativa tanto nos enfermeiros como nos doentes (Lapena-Monux et al., 2014; Martins et al., 2014a).

Por conseguinte, é essencial investir no desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, de forma a fortalecer os laços e desenvolver o trabalho em equipa, com cooperação e ajuda mútua, de forma a não só se minimizarem as consequências de um mau relacionamento, mas também a melhorar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação no trabalho (Martins et al., 2014b; Ramos et al., 2014a). Dantas et al. (2015) referem mesmo que aquando da prestação dos cuidados de saúde, a existência de uma boa relação entre todos os profissionais dos serviços de emergência é tão essencial como o conhecimento técnico e científico.

Interação trabalho-família

A interação trabalho-família é outro fator a considerar, pois “pelas exigências da sua atividade profissional, os enfermeiros constituem um grupo vulnerável ao *Burnout* e ao conflito entre trabalho e família” (Pereira et al., 2014 p. 24).

Contudo, a relação trabalho-família tem uma natureza bidirecional, isto é, o trabalho tem influência na família, assim como a família tem influência no trabalho. Apesar das investigações iniciais se terem centrado apenas na perspetiva negativa da relação trabalho-família, isto é, no conflito trabalho-família, com o desenvolvimento da Psicologia Positiva,

tem-se destacado também a perspectiva positiva, ou seja, os benefícios associados ao desempenho de ambos os papéis (Pereira et al., 2014).

Por um lado, a interação positiva entre o trabalho e a família está associada à eficácia profissional, à satisfação profissional e familiar e a um maior bem-estar (Pereira et al., 2014). Por outro lado, a interação negativa entre trabalho e família produz efeitos negativos ao nível da satisfação com a vida, da relação matrimonial e do cuidado de assistência aos filhos, e do bem-estar físico e psicológico (dificultando o descanso e aumentando o risco de *stress* e BO), o que gera inevitavelmente conflitos a nível familiar e social (Pereira et al., 2014; Correia, 2016b).

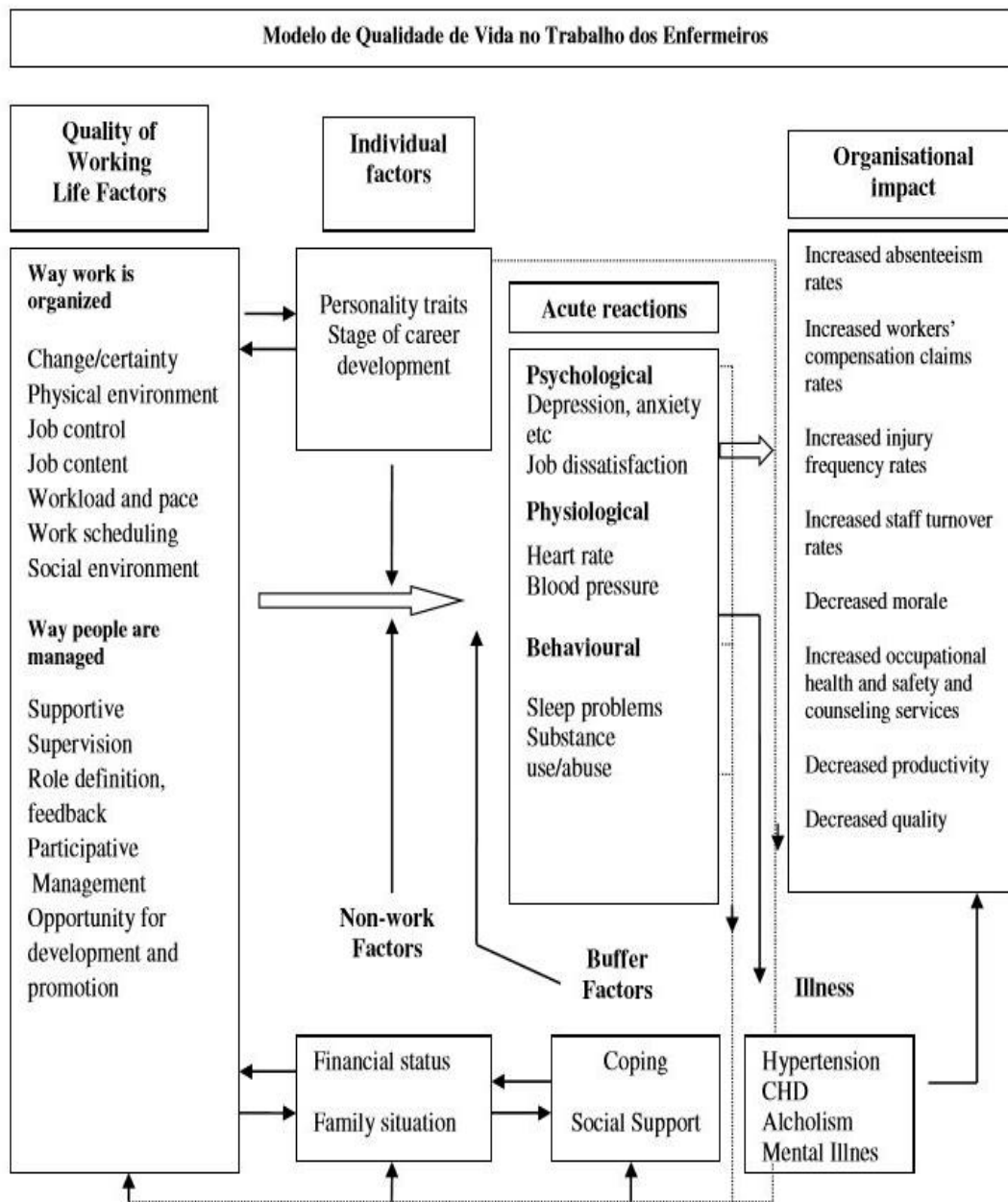
Gonçalves (2012), num estudo efetuado a uma amostra de 925 enfermeiros portugueses, constatou que estes profissionais em média despendem menos de 48 horas semanais com a vida privada (47,1 horas), sendo que, a maior parte deste tempo é destinado à família (39,2 horas), seguindo-se a prática de lazer (12,7 horas) e por último as atividades desenvolvidas na comunidade (6,4 horas). Em relação à vida profissional, o mesmo estudo refere que em média os enfermeiros trabalham 41,4 horas semanais, que a maioria trabalha por turnos (62,4%) e que uma percentagem considerável (27,5%) tem duplo emprego. Assim, este desequilíbrio existente entre o tempo passado no trabalho e o tempo em família e convívio conduz inevitavelmente ao conflito (Correia, 2016b).

Também Pereira et al. (2014), no estudo desenvolvido numa amostra de 307 enfermeiros portugueses para explorar as propriedades psicométricas do SWING e conhecer a prevalência da interação trabalho-família e sua relação com o BO, verificaram uma maior prevalência da interação trabalho-família negativa (associada ao BO) do que interação família-trabalho negativa, e maior interação família-trabalho positiva do que interação trabalho-família positiva (associadas à realização profissional).

Saliente-se, porém, que “a conciliação da vida privada com a vida profissional dos enfermeiros portugueses depende das respetivas características sociodemográficas, laborais e profissionais, da importância que cada um atribui à família, à prática de lazer e às atividades desenvolvidas na comunidade, assim como, dos apoios de que beneficiam por parte das organizações de saúde, chefia e colegas” (Gonçalves, 2012, p. 101).

Também Ellis e Pompili. (2002) desenvolveram e adaptaram de Hurrell e Murphy (1992) e Oldenburg et al. (1994) um modelo de Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros. Segue-se o esquema descritivo desse modelo (Figura 5).

FIGURA 5: Modelo de Ellis e Pompili de Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros



Fonte: (Ellis et al., 2002, p. 3)

Este modelo permite identificar outras dimensões também elas responsáveis pela qualidade de vida no trabalho, como os fatores individuais de cada profissional (traços da personalidade, maturidade profissional), fatores da vida social (família) e fatores tampão (*coping*, suporte social). Estes fatores, de acordo com a capacidade e condição individual, podem conduzir a reações físicas, psicológicas, comportamentais, aparecimento de doenças e repercussões no local de trabalho (Borges, 2012).

1.3.2. Consequências dos Riscos Ocupacionais

Todos estas condicionantes do trabalho de enfermagem, nomeadamente o aumento da exigência profissional, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho inadequadas, os recursos humanos deficitários resultantes de políticas de contenção económica e financeira e o desgaste, expõem os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a contextos de trabalho cada mais exigentes e stressantes que contribuem para a ocorrência de acidentes de trabalho, doenças profissionais, insatisfação com o trabalho, absentismo ou até suicídio (Carvalho, 2011; Iliceto et al., 2012; Lima et al., 2016; Vieira, 2016).

Quanto aos riscos psicossociais, refiram-se o *stress*, a exaustão emocional, o excesso de funções, a insegurança no trabalho, o assédio e a violência, que são consequência de uma exposição permanente a situações de sofrimento, dor e morte, de uma insuficiente gestão e organização do trabalho e de um ambiente social desfavorável no local de trabalho (Cruz, 2014; EU-OSHA, 2015; Borges et al., 2015).

Destes, destaque-se o *stress* ocupacional, conceito que surgiu em 1978 para designar um conjunto de distúrbios psicológicos associados ao trabalho, sentidos pelo trabalhador especialmente quando não consegue dar resposta às exigências do trabalho, e que não só prejudica o bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde e a sua vida pessoal, familiar e social, como interferem na qualidade do serviço prestado, prejudicando as próprias organizações (Cruz, 2014; EU-OSHA, 2015; Araújo et al., 2016; FONSECA et al., 2016). É um processo multivariável relacionado com a personalidade de cada indivíduo, com os processos de gestão do *stress* e com as experiências de trabalho positivas e negativas vivenciadas (Iliceto et al., 2012).

A OMS reconhece o *stress* como uma epidemia global que afeta mais de 90% da população mundial (Ribeiro et al., 2015). O inquérito do *Eurobarómetro da Comissão Europeia* refere que 53% dos trabalhadores consideram o *stress* o principal risco ocupacional, sendo que 27% revelaram estar com “*stress*, depressão e ansiedade” causados ou agravados pelo trabalho nos últimos 12 meses (Comissão Europeia, 2014).

Neste âmbito, a enfermagem tem sido identificada como uma profissão que tem altos níveis de *stress*. Por um lado, constata-se que situações de *stress* e ansiedade frequentes e contínuas afetam o bem-estar físico e mental dos enfermeiros de urgência e emergência, conduzindo a problemas de saúde como fadiga, cefaleias, doenças cardiovasculares ou lombalgias, insónia, desconcentração, indecisão, nervosismo, perda de humor, irritabilidade, impaciência, incapacidade de relaxamento, esgotamento, depressão, frustração, etc. (Ramos et al., 2014a; EU-OSHA, 2015; Veloso et al., 2016). Carvalho (2011) acrescenta ainda o abuso de substâncias tóxicas como o álcool e as drogas.

Analogamente, um mau ambiente psicossocial no trabalho pode também ter efeitos negativos nas organizações. De facto, o *stress* e a ansiedade no trabalho traduzem um efeito

negativo na vida social e no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, pois não só conduzem ao absentismo, a baixos níveis de produtividade e altas taxas de rotatividade de pessoal, como afetam as suas capacidades de lidar com o trabalho, visto estarem associados a uma diminuição da atenção e concentração nas tomadas de decisão, com consequente aumento da incidência de erros e perda de compaixão para com os doentes, o que se poderá traduzir em má qualidade de cuidados prestados (Carvalho, 2011; Sharma et al., 2014; Ribeiro et al., 2015; Veloso et al., 2016).

Relativamente à violência e ao *bullying* no local de trabalho, estes são dois fenómenos em crescimento, potenciadores de *stress* e BO e que afetam diferentes setores da sociedade, incluindo as instituições de saúde e os seus profissionais (Borges et al., 2015; Teixeira et al., 2016a; 2016b).

O *bullying* é um fenómeno específico de violência que designa os comportamentos agressivos que se prolongam no tempo, de forma repetida e com intencionalidade contra uma ou mais pessoas (Teixeira et al., 2016a; 2016b). Contudo, Teixeira et al. (2016a; 2016b), num estudo que procurou descrever as perceções dos enfermeiros sobre o *bullying* no trabalho, os atos de *bullying* identificados por enfermeiros, enquanto vítimas e/ou testemunhas, e o seu impacto na saúde mental e vida pessoal destes profissionais, salientam que este conceito ainda é muito associado ao ambiente escolar e que a maioria destes profissionais não refere duas das suas principais dimensões, ou seja, a frequência e a duração dos comportamentos agressivos, o que revela alguma falta de compreensão sobre este fenómeno.

Este é, de facto, um fenómeno complexo que engloba atitudes violentas de natureza física, mas sobretudo de natureza psicológica, tais como agressão verbal, insultos ofensivos persistentes, crítica persistente, pressão, perseguição, chantagem e ameaça e abuso pessoal ou mesmo abuso físico (Teixeira et al., 2016a; 2016b).

No estudo desenvolvido por Teixeira et al. (2016b), os enfermeiros, enquanto vítimas ou testemunhas, identificaram seis tipos de atos de *bullying* geradores de sofrimento: dificuldade de integração, referida não só por profissionais em início de atividade (recém-formados), mas também por enfermeiros com alguns anos de experiência profissional, aquando de uma mudança de serviço; comunicação hostil; impedir a pessoa de expressar as suas ideias; críticas à personalidade, críticas sobre o trabalho, porque não é realizado da mesma forma que a pessoa que faz as críticas e ser alvo de gozo e ironia.

De acordo com a literatura, este fenómeno pode ter origem em diversas causas, de que se destacam as causas organizacionais (liderança, a cultura organizacional, fatores stressantes do trabalho e a organização do trabalho), fatores sociais (hostilidade, inveja, pressão do grupo, a ambição de poder) e fatores pessoais do agressor e da vítima (medo de que o seu papel seja ameaçado por um colega mais jovem, inveja pelas suas qualidades profissionais ou por causa do seu rápido progresso no trabalho) (Teixeira et al., 2016a; 2016b).

Quanto à identificação dos agressores, os mais referidos são os colegas de trabalho, os profissionais de outras classes, os doentes e os seus familiares. No entanto, enquanto no estudo de Teixeira et al. (2016a; 2016b) os colegas foram os mais referenciados como principais agressores, Correia (2016a) verificou que as agressões físicas ou psicológicas (estalos, murros, insultos) partem do próprio doente, considerado o principal agressor, sobretudo devido à falta de medidas de segurança, ao contato físico e à preocupação dos doentes com o seu estado de saúde.

Devido às suas características, o *bullying* é responsável por graves consequências na saúde física e mental dos enfermeiros, nas organizações e na sociedade em geral, visto conduzir a alterações psicológicas (*stress*, ansiedade, perturbação, nervosismo, tristeza, impaciência, irritabilidade, medo, receio pela segurança, insatisfação, diminuição da dedicação), físicas (cansaço, insónias, perturbações digestivas) e sociais (isolamento, empobrecimento das relações humanas, absentismo, intenção de mudar de serviço, cessação de contrato), que afetam o desempenho dos profissionais de saúde e aumentam a possibilidade de ocorrência de erros, colocando em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes (Correia, 2016a; Teixeira et al., 2016a; 2016b).

Assim, pode-se concluir que há uma relação bidirecional entre causas e consequências, pois o *stress* pode ser, por exemplo, a causa e a consequência de *bullying*, pelo que “existe a possibilidade de um ciclo vicioso, em que o *bullying* no trabalho e as consequências a nível da saúde mental potenciam-se reciprocamente de forma negativa” (Teixeira et al., 2016a, p. 24).

Por este motivo, é urgente adotarem-se medidas a nível político, pessoal, organizacional e social, de forma a identificar, prevenir e combater a sua presença, como já faz referência o PNSOC, 2º ciclo, 2013-2017 (DGS, 2013; Teixeira et al., 2016a; 2016b).

Em primeiro lugar é fundamental combater o estigma associado a este fenómeno e que faz com que a maioria dos casos não sejam comunicados, devido ao medo de serem rotulados de conflituosos, ao pensarem que nada mudaria ao notificarem a situação e à antiguidade do agressor (Teixeira et al., 2016b). Teixeira et al. (2016a; 2016b) destacam ainda a necessidade de formação dos enfermeiros sobre gestão do *stress*, gestão de conflitos e sobre *bullying* no trabalho, de forma a consciencializa-los para este problema e assim minimizar as suas consequências nocivas quer para os profissionais quer para as organizações de saúde. Acrescentam ainda a importância de se sensibilizar os enfermeiros responsáveis e de se desenvolverem estratégias que facilitem o processo de integração dos enfermeiros nos serviços, com vista à promoção de saúde no local de trabalho e à segurança dos cuidados prestados.

Já Borges et al. (2015) salienta a necessidade de existência de instrumentos como o *Negative Acts Questionnaire - Revised* (NAQ-R), adaptados para enfermeiros, visto este ser um instrumento válido, fiável, de fácil aplicabilidade e com sensibilidade para identificar e

caracterizar a presença do *bullying* e prevenir as suas consequências a nível individual e organizacional, ou seja, na saúde e bem-estar dos profissionais e na qualidade da prática clínica exercida. As autoras concluíram ainda que o *bullying* é afetado por determinantes como: maior tempo de serviço associado a mais idade, relacionada com a maior probabilidade de integração nos quadros de pessoal (vínculo definitivo), detenção de maior categoria profissional, o direito ao estatuto de trabalhador estudante e o estado civil de não casado. No entanto, Correia (2016a) refere que esta é uma realidade frequente que afeta os trabalhadores da área da saúde, nomeadamente os enfermeiros, independentemente da idade, experiência profissional, características pessoais ou profissionais.

O absentismo é outra variável a considerar. Este pode ser definido como a ausência inesperada dos profissionais ao trabalho, quando deveriam estar presentes, por motivos físicos, mentais, familiares, pessoais, entre outros, tais como doenças, sejam elas comprovadas ou não (Santos et al., 2014). Neste sentido, aqui se excluem as ausências por motivo de férias, pontes, folgas, licenças especiais de ausência, como por exemplo a licença de maternidade, entre outros motivos conhecidos ou programados pela própria instituição de saúde (Vieira, 2016).

No que respeita às causas do absentismo, estas podem ser de ordem individual, organizacional e social. Os fatores individuais referem-se ao género, idade, estado civil, escolaridade, estatuto profissional, qualificações, responsabilidades familiares, estado de saúde e antiguidade dos profissionais de enfermagem (Vieira, 2016). As principais doenças que geram o absentismo entre os profissionais de enfermagem são as doenças do sistema músculo-esquelético e respiratório, os distúrbios mentais e comportamentais (cansaço, *stress*) e os acidentes de trabalho (Santos et al., 2014). Mizuhira et al. (2015), ao analisarem o absentismo entre profissionais de enfermagem, corroboram com a associação das doenças osteomusculares e o absentismo, pois durante a prestação dos cuidados aos doentes estes têm de utilizar frequentemente a sua própria força sem qualquer ajuda, seja ela humana ou de equipamentos de transporte.

Os fatores organizacionais relacionam-se com a natureza da tarefa, o nível de qualificação, as condições de trabalho, a remuneração, a dimensão da organização, a qualidade da liderança e o horário de trabalho. Já os fatores ambientais referem-se ao mercado de trabalho, ao contexto social, região, localização da habitação do trabalhador, temperatura e mudanças sazonais (Vieira, 2016).

Vieira (2016), no estudo efetuado sobre satisfação no trabalho e absentismo dos enfermeiros, refere que a satisfação no trabalho se encontrava em média entre “o indiferente” e o “algo satisfeito” e que o absentismo é influenciado pela satisfação no trabalho. A autora verificou que os enfermeiros faltaram em média 16,7 dias ao serviço devido principalmente a doença do próprio ou a doença de um familiar, tais como filhos e pais, e que os que menos faltaram ao serviço são os que revelam maior satisfação no trabalho

total, mas também ao nível dos cinco fatores: Satisfação com a supervisão (fator I); Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II); Satisfação com os benefícios e políticas da organização (fator III); Satisfação intrínseca no trabalho (fator IV) e na Satisfação com a participação (fator V).

Neste sentido, o absentismo poderá interferir não só com os cuidados prestados ao doente, como também na organização do trabalho e na saúde do trabalhador, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado exigir uma redistribuição do trabalho pelos outros membros da equipa, a uma sobrecarga de trabalho para os outros profissionais, a uma revisão da escala mensal, à redução da produtividade, ao aumento das despesas financeiras, à insatisfação com o trabalho, ao aumento da fadiga, entre outros (Santos et al., 2014; Lima et al., 2016; Vieira, 2016).

Como o absentismo-doença está presente nas organizações hospitalares e interfere diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, é fundamental garantir ambientes ergonomicamente adequados nos serviços de urgência para reduzir os riscos/acidentes, melhorando desta forma a produtividade e o absentismo dos profissionais (Silva et al., 2013; Lima et al., 2016).

Quanto ao risco de suicídio, Lliceto et al. (2012), num estudo que procurou explicar as relações existentes entre o *stress* ocupacional e algumas dimensões psicopatológicas nos profissionais de saúde, refere ainda o risco elevado de suicídio a que estão sujeitos os profissionais de enfermagem, cuja função é ajudar a salvar vidas, mas que muitas vezes não conseguem salvar a sua própria, visto trabalharem em ambientes stressantes, onde não podem demonstrar quaisquer fraquezas.

Assim, é imprescindível existir um equilíbrio físico, mental e social para que os profissionais de enfermagem sejam mais saudáveis e desempenhem com maior qualidade as suas funções (Vieira, 2016). De facto, uma adequada gestão dos riscos psicossociais é benéfica não só para os trabalhadores, pois significa maior bem-estar e satisfação no trabalho, como para a instituição, pois significa trabalhadores saudáveis, motivados e produtivos, o que poderá traduzir-se numa melhoria global do desempenho, na redução do absentismo, na redução das taxas de acidentes, entre outros (EU-OSHA, 2015).

Contudo, as condições de trabalho dos enfermeiros têm sofrido algumas alterações devido à política economicista e de contenção de custos que se registou em Portugal o que veio agravar os problemas físicos e psicológicos existentes e os sentimentos de insatisfação laboral (Correia, 2016b).

Por fim, denota-se que é frequente os trabalhadores criarem mecanismos de defesa que lhes permitam executar as suas atividades e aliviar o sofrimento causado pelas más condições de trabalho vivenciadas no dia a dia (Ramos et al., 2014a).

1.3.3. Medidas Preventivas dos Riscos Ocupacionais

Perante o exposto, é fundamental que quer as organizações quer os trabalhadores e a sociedade em geral estejam empenhados não só na prevenção como na identificação dos riscos e no planeamento e implementação de soluções. Para tal, devem ser adotadas medidas para minimizar as consequências que os riscos psicossociais têm na saúde, no desempenho e na satisfação dos trabalhadores (EU-OSHA, 2015; Araújo et al., 2016; Vieira, 2016).

Neste sentido, é fundamental desenvolver diversas intervenções junto dos enfermeiros de urgência e emergência, tais como sessões de formação e sensibilização sobre este fenómeno, com o intuito de melhorar a sua saúde ocupacional e a qualidade de vida no trabalho.

Segundo Álvarez (2016) uma das obrigações preventivas para eliminar e ou controlar os riscos ocupacionais de natureza psicossocial envolve fortalecer e dotar de recursos os profissionais, para melhorarem a sua capacidade de confrontação, resistência, vinculando as características pessoais a situações de autoeficácia. Menciona ainda que o reconhecimento do trabalho dos profissionais constitui uma contribuição muito importante para fomentar a saúde mental.

Barreto et al. (2012) referem a necessidade de as organizações tornarem as condições de trabalho mais adequadas e saudáveis, de providenciarem um apoio psicológico aos seus profissionais, enfatizarem o relacionamento interpessoal e a divisão adequada das atividades de enfermagem.

De acordo com Adrianssens et al. (2015), as intervenções devem-se concentrar na redução da carga de trabalho, no aumento do controle do trabalho, no apoio social, num sistema de recompensa equilibrado e numa liderança empática, participativa e de capacitação pessoal, como preditores para a satisfação no trabalho.

Para além disto, e face às constantes mudanças que têm ocorrido no setor da saúde, é necessário que as instituições de saúde se preocupem com a formação contínua dos seus profissionais, de forma a garantirem serviços de qualidade (Araújo et al., 2016).

Existem já várias organizações que estão a adotar medidas preventivas da ocorrência de riscos ocupacionais que possam causar lesões ou doenças. Foi neste sentido que surgiram os Prémios de Boas Práticas inseridos na campanha “Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis”, organizadas pela EU-OSHA (2015), que visam destacar as empresas ou organizações que têm adotado práticas inovadoras de segurança e saúde no trabalho, contribuindo de forma positiva para a gestão do *stress* e dos riscos psicossociais no trabalho.

Entre os premiados da campanha de 2014-2015, merece destaque o Instituto Português de Oncologia (IPO), no Porto, que obteve uma menção honrosa graças à implementação de um vasto conjunto de medidas para assegurar uma prevenção eficaz de todos os riscos

psicossociais, como o *stress*, o esgotamento, a pressão emocional, a violência e o assédio no trabalho, que lhes permitiu reduzir o nível de absentismo e de *stress*, aumentar a satisfação dos trabalhadores e criar um ambiente mais agradável em termos psicossociais. Entre as medidas adotadas, destaque-se o facto de a gestão de riscos ser vista como uma função estratégica da organização, a identificação e avaliação sistemática dos riscos psicossociais e a adoção de uma política preventiva dos riscos pela administração e pelos trabalhadores.

2. FADIGA POR COMPAIXÃO

Na pesquisa bibliográfica efetuada encontramos diferentes autores que abordam a Fadiga por Compaixão. Contudo, aprofundamos este conceito de acordo com Stamm (2010), nomeadamente na perspetiva da Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5), nos subcapítulos seguintes.

2.1. Conceito da Fadiga por Compaixão

Atualmente, os profissionais estão diariamente sujeitos a acontecimentos traumáticos, tais como desastres naturais, acidentes, ataques terroristas, morte de um familiar, raptos, assaltos violentos, violações, entre outros, pelo que se torna crucial compreender a forma como são vivenciadas essas situações. De facto, as suas consequências podem ser devastadoras, quer para quem as vivencia em primeira mão, quer para quem as vive de forma secundária (Manuelito, 2016).

Apesar de nos últimos 30 anos, a maioria das investigações se ter centrado no *stress* traumático primário, mais recentemente tem-se verificado uma intensificação de estudos sobre aqueles que vivenciam situações traumáticas indiretamente e que estão por isso vulneráveis a STS (Figley, 1995; Berg et al., 2016).

O traumatismo primário corresponde ao processo que ocorre do contato direto, persistente e intenso com um acontecimento traumático, tal como uma situação de guerra, violência ou abuso sexual e que pode conduzir ao *stress* pós-traumático. Já o traumatismo secundário decorre de uma exposição secundária, que pode desenvolver-se por ouvir falar sobre um acontecimento traumático ou pelo cuidar de alguém que o vivenciou (Mol et al., 2015).

É neste contexto que surge, nos anos 90, na América do Norte, o conceito de FC, para descrever o *stress* que era observado em enfermeiros dos serviços de emergência e que hoje é considerado uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde (Hooper et al., 2010; Lago et al., 2013; Labib, 2015; Manuelito, 2016). Contudo, os termos FC, BO e STS têm sido utilizados de forma ambígua em alguns estudos (Ames et al., 2017).

De acordo com a literatura, Joinson (1992) foi a primeira pessoa a utilizar o termo FC definindo-a como a perda de compaixão resultante de uma exposição contínua ao sofrimento humano durante o trabalho e considerando-a uma forma de BO, mas específica para os prestadores de cuidados de saúde. Por outras palavras, FC designa os efeitos físicos, emocionais e psicológicos originados pelo cuidar de doentes traumatizados e que conduzem a uma redução da capacidade e interesse dos enfermeiros em serem empáticos e compassivos com o sofrimento dos outros no futuro ou, pelo contrário, a um maior

envolvimento e empenhamento (Sung et al., 2012; Bellolio et al., 2014; Hinderer et al., 2014; Houck, 2014; Sacco et al., 2015; Harris et al., 2015; Ames et al., 2017; Mooney et al., 2017).

Mais tarde Figley (1995), num estudo sobre o *Stress* Pós-traumático em veteranos de guerra, verificou que os familiares destes ex-combatentes também eram afetados pelas suas experiências traumáticas, apresentando sintomas semelhantes ao do próprio e que ele designou de STS. Assumindo que o mesmo aconteceria entre doentes e profissionais de saúde, define FC como “comportamentos e emoções consequentes naturais resultantes do conhecimento de um evento traumatizante experimentado por um outro significativo - o *stress* resultante do ajudar ou do querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento” (Figley, 1995, p. 7). Ou seja, o mesmo autor define FC como um estado de desregulação biológica, psicológica e social resultante da exposição prolongada ao *stress* traumático de outros, aproximando-o do conceito de STS (Carvalho, 2011; Sung et al., 2012; Cruz, 2014; Harris et al., 2015; Mol et al., 2015; Adimando, 2017; Ames et al., 2017).

Figley (1995) refere ainda que este estado é estabelecido pela conjunção de três fatores determinantes: um sentimento de responsabilidade interrupto para com o doente e o seu sofrimento (empatia); a incapacidade de se desresponsabilizar desse mesmo sentimento e recordações traumáticas produtoras de sintomas caraterísticos da perturbação de *stress* pós-traumático e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade. Para além destes três fatores, menciona que este fenómeno é agravado pelas perturbações na vida dos profissionais resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais.

Concluindo, a FC é um estado de sofrimento físico e emocional que resulta de cuidar daqueles que sofrem de dor (Mooney et al., 2017), ou seja, é a resposta ao *stress* dos profissionais de cuidados de saúde, que é considerado um “custo de cuidar” e um responsável pela perda de compaixão (Sinclair, 2017; Missouridou, 2017).

2.2. Modelo de Fadiga por Compaixão de Beth Stamm

Stamm (2010) apresenta o conceito de Qualidade de Vida Profissional resultante de uma multiplicidade de fatores. No seu modelo, a QVP baseia-se em três conceitos essenciais: a SC, o BO e o STS.

A SC designa os sentimentos positivos, que são gerados pelo trabalho com doentes traumatizados e pelo sentir-se capaz de realizar bem o seu trabalho, ou seja, ajudar as pessoas em sofrimento. Assim, pode modificar a forma como percebemos o BO e o STS.

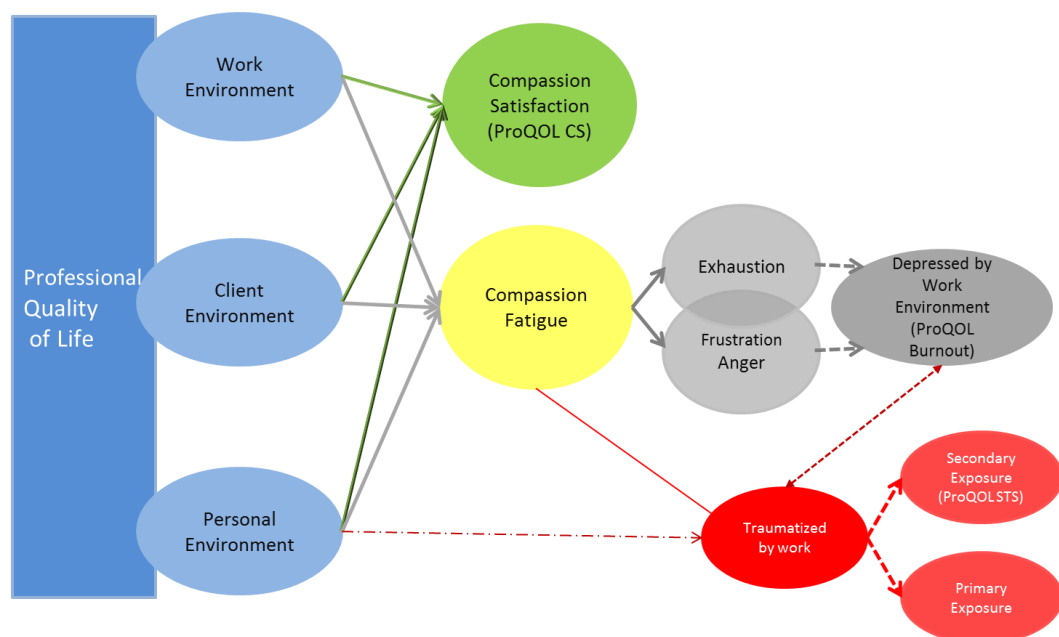
O BO refere-se à exaustão física e emocional (sentimento de falta de energia e desânimo) resultante do ambiente de trabalho, que conduz à diminuição da empatia e à insatisfação profissional, devido à incapacidade de trabalhar de forma efetiva (Ames et al., 2017). Bellolio et al. (2014, p. 630) define-o como “exaustão mental e *stress* cumulativo devido às exigências da vida diária causadas por uma falta de capacidade para lidar com o ambiente”.

A FC é definida como a perda de satisfação profissional ou quando o trabalho traz mais perturbação do que satisfação. Corresponde a um estado de exaustão física, psicológica e social, consequência negativa natural do reviver do trauma dos doentes, ou seja, de uma exposição prolongada a acontecimentos dolorosos e traumáticos geradores de STS e que dão origem a um estado de preocupação e de aflição pelo bem-estar dos outros, apesar do *stress* e do desconforto que o seu sofrimento provoca. Assim, a FC contempla duas vertentes, uma delas caracterizada por sentimentos de exaustão emocional e frustração com o trabalho, típicas do BO, e a outra relacionada com o STS impulsionado por eventos stressantes do trabalho (Ames et al., 2017).

A FC e o BO são dois conceitos similares, mas ao mesmo tempo diferentes, pois enquanto a FC resulta do contato com o trauma dos outros, o BO pode-se desenvolver sem a exposição ao trauma (Hinderer et al., 2014). Acrescente-se ainda que para se experienciar a FC é necessário ter-se compaixão, mas o mesmo não acontece com o BO (Harris et al., 2015).

Com base neste raciocínio, segue-se o modelo descrito de forma esquematizada, representado na Figura 6.

FIGURA 6: Modelo teórico de Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão de Stamm



Fonte: (Stamm, 2010, p. 10)

De acordo com este modelo, são três as dimensões chave responsáveis pelo desenvolvimento dos aspetos positivos e negativos (SC e FC respetivamente) decorrentes da relação de ajuda a pessoas em sofrimento: o ambiente de trabalho, o ambiente das pessoas que cuidamos (doentes) e o ambiente pessoal do profissional de saúde.

Por exemplo, um ambiente de trabalho desfavorável (longas horas de trabalho, recursos humanos escassos, entre outros) pode ser promotor da FC, ao mesmo tempo que as características individuais de cada um na relação de ajuda podem contribuir para a satisfação.

Por sua vez, o risco de ocorrência de FC, manifestada por um mau estar físico e mental, é gerado pela presença de sentimentos negativos de exaustão, frustração e raiva relacionados com o ambiente de trabalho, isto é, BO e por profissionais traumatizados pelo trabalho, devido a uma exposição primária ou secundária a situações traumatizantes, ou seja, STS.

Assim, de acordo com o modelo de Stamm, para se alcançar a QVP é necessário existir um equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos do cuidar, isto é, entre a SC e a FC (Sacco et al., 2015).

Apesar de ser um modelo bastante utilizado, Sheppard (2015) aponta-lhe algumas falhas. Em primeiro lugar, defende que este modelo não representa a experiência de FC tal como esta ocorre nos enfermeiros. Em seguida, menciona que, apesar do modelo referir que a FC resulta de sintomas não resolvidos de BO e STS, esta pode ocorrer apenas devido ao STS sem a obrigatoriedade da presença de sintomas de BO. Por fim, refere o uso inconsistente dos termos FC, BO e STS gerador de ambiguidades.

2.3.Fadiga por Compaixão em Enfermeiros

A FC é um fenómeno que pode ocorrer em qualquer profissão. No entanto, as que estão em maior risco são aquelas que trabalham em primeiro lugar em cenários de catástrofe, de destruição e com a dor e o sofrimento humano, tais como polícias, bombeiros, assistentes sociais, psicólogos, professores, paramédicos, médicos e enfermeiros em serviços de emergência (Stamm, 2010; Carvalho, 2011; Sung et al., 2012; Lago et al., 2013; Labib, 2015; Manuelito, 2016; Sheppard, 2016).

Destes, destacaremos os profissionais da saúde e em particular os enfermeiros, que são muitas vezes os primeiros a responder e a aliviar o sofrimento dos traumatizados e a preocupação das famílias, estando por isso expostos a uma forma de *stress* secundário que, quando prolongado, conduz a um estado de exaustão denominado FC (Carvalho, 2011; Bellolio et al., 2014; Labib, 2015; Adimando, 2017).

Sabe-se ainda que os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência, em oncologia ou que estão em contacto com a morte de doentes estão em maior risco, pois trabalhar em ambientes exigentes e stressantes como estes é um desafio emocional que pode afetar a estabilidade emocional, como o comprovam vários estudos (Figley, 1995; Hooper et al., 2010; Lago et al., 2013; Bellolio et al., 2014; Sacco et al., 2015; Berg et al., 2016; Sheppard, 2016; Missouridou, 2017; Wentzel et al., 2017).

Hooper et al. (2010), num estudo com enfermeiros do serviço de urgência, verificou que estes apresentavam níveis médios a altos de BO (82%), de FC (86%) e de SC (76%). Porém, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à sua área de especialização.

Também Carvalho (2011), num estudo que efetuou sobre a FC com enfermeiros a exercer em serviços de cuidados paliativos em Portugal, mostrou que 75,8% dos profissionais de enfermagem apresentaram níveis médios/altos de FC, 27,3% dos quais apresentaram nível alto. Estes dados são semelhantes aos resultados obtidos por Cruz (2014), num estudo em que explora o BO e a FC em 247 enfermeiros portugueses de diversos serviços, assim como, os fatores que contribuem ou protegem os indivíduos dos seus efeitos negativos, no qual se verificou um nível médio a alto de SC (70.5%), de BO (74.3%) e de FC (67,6%) e que evidenciou um nível elevado de BO (26.6%) e de FC (29.1%), verificando-se que as mulheres apresentaram níveis superiores de SC.

Já Barbosa (2014), num estudo com o intuito de avaliar a QVP, constatou que 79,8% dos profissionais de saúde apresentavam SC e que apenas 22,5% apresentavam indícios de FC, dimensão da QVP mais influenciada pelo esgotamento emocional do que pela absorção dos traumas dos doentes. Também Hunsaker et al. (2015) ao avaliarem a prevalência da FC, BO e SC em enfermeiros de emergência nos Estados Unidos, concluem a existência de níveis globais baixos a médios de FC e BO, assim como níveis médios a altos de SC. Resultados semelhantes foram ainda obtidos por Mooney et al. (2017), na investigação que realizaram para avaliar os níveis das mesmas dimensões em enfermeiros das unidades de cuidados intensivos e oncologia, considerando diferentes variáveis demográficas, que apuraram um nível médio de SC (65%) e de BO (66%), mas um nível baixo de FC (69%).

Missouridou (2017) refere ainda que em vários domínios da enfermagem, como cuidados intensivos, cuidados de emergência, oncologia, pediatria, saúde mental e obstetrícia, se constata percentagens elevadas de STS.

De facto, para muitos enfermeiros a enfermagem não é apenas ser profissional, mas também o ser pessoa. A preocupação, o carácter altruísta que envolve uma preocupação empática, a capacidade inata de nutrir e abraçar o sofrimento do outro como se fosse o dele próprio pode ser conceituada como compaixão. A possibilidade de poderem fazer a diferença na vida dos doentes colmata na satisfação em prestarem cuidados de qualidade (Harris et al., 2015; Sheppard, 2016).

Acrescente-se ainda que a transmissão do trauma para os profissionais da saúde está associada à própria natureza da profissão, já que estes devem desenvolver uma relação terapêutica de empatia com os seus doentes, o que os expõe mais a esse sofrimento e consequentemente à FC (Figley, 1995; Carvalho, 2011; Cruz, 2014; Adimando, 2017; Henson, 2017; Wentzel et al., 2017). De facto, quando os doentes sofrem ou morrem, os enfermeiros podem experienciar sentimentos de perda e dor, que quando ignorados ou não tratados podem-se tornar crónicos e contribuir para o desenvolvimento da FC (Houck, 2014).

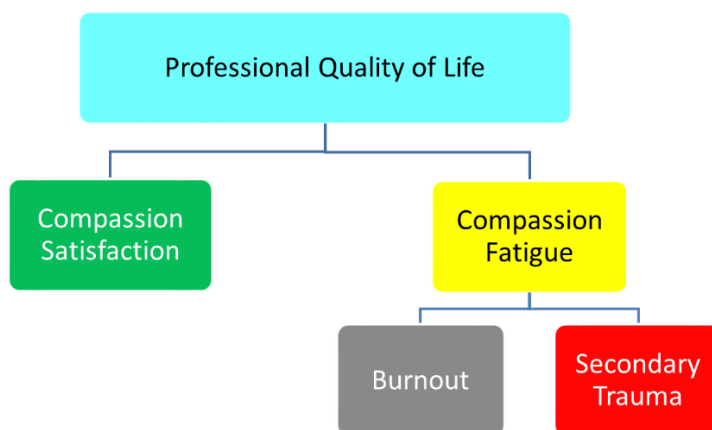
Assim, a mesma capacidade empática que leva o enfermeiro a atuar e ajudar o outro, também pode colocar em risco o seu bem-estar. Com efeito, os profissionais mais eficazes são também aqueles que poderão estar mais vulneráveis ao STS, pois são os que têm maior capacidade para sentir e expressar empatia (Figley, 1995; Carvalho, 2011; Cruz, 2014; Henson, 2017).

Este facto é ainda agravado pela escassez de tempo para recuperarem emocionalmente das situações traumáticas vivenciadas, pois estão em contato com estas de forma repetida e sucessiva (Labib, 2015; Manuelito, 2016).

A QVP para os enfermeiros que prestam cuidados relaciona-se com a qualidade que sentem em relação ao seu trabalho como cuidadores, na sensação de bem-estar em atenuar o sofrimento alheio, que resulta do equilíbrio psicológico entre as experiências positivas e negativas no trabalho. Neste sentido, a QVP incorpora a SC como aspeto positivo, que ocorre quando o enfermeiro experimenta prazer, alegria em ajudar os outros e a FC como aspeto negativo, que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração típicos do BO, como também traumas relacionados com o trabalho, típicos do STS (Stamm, 2010; Barbosa et al., 2014; Sacco et al., 2015).

Segue-se o esquema exemplificativo da QVP.

FIGURA 7: Diagrama de Qualidade de Vida Profissional



Fonte: (Stamm, 2010, p. 8)

Ressalta-se, no entanto, que os traumas relacionados com o trabalho podem ser traumatismos primários decorrentes do trabalho e em outros casos ser uma combinação de traumatismo primário e secundário. Sabe-se ainda que os efeitos negativos da prestação de cuidados são agravados pela gravidade do evento traumático ao qual o enfermeiro está exposto.

Contudo, nem todos os profissionais que vivenciam experiências traumatizantes desenvolvem FC, pois cada indivíduo é único. Assim, é fundamental determinar quais são os fatores que contribuem para a ocorrência de FC, de forma a adotarem-se medidas mais eficazes que conduzam a intervenções bem-sucedidas (Labib, 2015).

2.4.Fatores que Influenciam a Fadiga por Compaixão

Os fatores mais mencionados na literatura que contribuem para a FC são a personalidade, a educação, a experiência de trabalho, o ambiente de trabalho, a qualidade de vida pessoal e a reforma do sistema de saúde (Labib, 2015; Manuelito, 2016; Sheppard, 2016).

Fatores como a idade, sexo, etnicidade e traços de personalidade, como é o caso da capacidade de sentir empatia, influenciam as interpretações e as decisões que cada um faz quando confrontados com situações stressantes no trabalho, tornando-os mais resilientes (capacidade para ultrapassar os problemas, concentrar-se e relaxar) ou mais suscetíveis à FC (Labib, 2015; Manuelito, 2016; Sheppard, 2016).

Neste sentido, saliente-se, por exemplo, o fator sexo. De facto, a maioria dos estudos efetuados neste âmbito, não revelaram grandes diferenças nos níveis de FC, BO e SC entre os enfermeiros do sexo masculino e feminino (Hunsaker et al., 2015). No entanto, o estudo desenvolvido por Mooney et al. (2017) revelou que as enfermeiras exibem níveis mais altos de BO e de FC e mais baixos de SC, o que sugere que estas podem estar mais suscetíveis a desenvolver FC do que os enfermeiros que normalmente revelam um nível mais alto de qualidade de vida profissional.

Refiram-se ainda os fatores pessoais e as expectativas irrealistas que muitos têm sobre os cuidados que prestam, pelo que quando os resultados não são os desejáveis, isto é, quando não conseguem salvar vidas e fazer a diferença, acabam por experimentar sentimentos de desespero e inadequação que conduzem ao BO e consequentemente à FC (Labib, 2015; Manuelito, 2016; Sheppard, 2016; Missouridou, 2017).

Relativamente à educação, esta torna-os mais capazes e bem preparados para lidarem de forma eficaz com situações stressantes, isto é, de se distanciarem das situações traumáticas. Contudo, de acordo com Kelly et al. (2015), os enfermeiros com maiores níveis de educação têm maior risco e maiores níveis de FC.

Salienta-se ainda que, apesar da necessidade de formação contínua destes profissionais ser vista como necessária e útil, é também geradora de *stress*, pois estes não têm muitas vezes tempo nem recursos para as frequentarem sem afetarem a sua vida profissional e pessoal. Outros simplesmente não sentem interesse em participarem nas formações disponíveis (Berg et al., 2016).

Mooney et al. (2017) verificaram que, apesar de 64% dos profissionais admitir que o seu empregador providencia intervenções, programas e serviços de apoio social e emocional aos enfermeiros, apenas 47% usufruiu destes recursos. No entanto, uma análise comparativa entre os que utilizaram e os que não utilizaram esses meios revelou poucas diferenças nos níveis de BO e de FC, mas um aumento significativo da SC.

No que concerne à experiência no trabalho, também esta deve ser tida em consideração, pois há estudos que demonstram que quanto mais experientes forem os profissionais, menos suscetíveis parecem estar à FC. Com efeito, a investigação desenvolvida por Mooney et al. (2017) revelou que os níveis de FC diminuem com os anos de experiência profissional. Este facto deve-se possivelmente aos profissionais se identificarem com os doentes, especialmente durante os primeiros anos da sua carreira, que muitas vezes os relembram das suas próprias experiências traumáticas (Missouridou, 2017).

Quanto ao ambiente de trabalho, sabe-se que a própria natureza do trabalho de enfermagem, devido ao trabalho exigente e ao contato frequente com situações traumáticas, torna os enfermeiros suscetíveis a interiorizarem a dor dos seus doentes (Hooper et al., 2010; Cruz, 2014; Drury et al., 2014; Henson, 2017). Na verdade, presenciar a morte e o sofrimento, assistir doentes politraumatizados, escutar relatos de vitimização e abuso prolongados (sobretudo de crianças) provocam *stress*, horror, frustração e muitas outras emoções difíceis de suportar, que conduzem naturalmente a um estado de FC (Figley, 1995; Berg et al., 2016; Missouridou, 2017).

Estes fatores poderão ser agravados pelo nível de insatisfação profissional elevado, resultante, entre outros, de falta de recursos humanos, falta de apoio social, dos colegas, da família e das próprias organizações, excesso de trabalho, inexistência de um conjunto de infraestruturas adequadas de acesso ao local de trabalho (estacionamento, transportes públicos), que os tornam mais expostos a transtornos psicológicos, como a ansiedade, o *stress* e a depressão, que por sua vez conduzem a perturbações como BO, o *stress* pós-traumático (PTS), o STS ou a FC (Hooper et al., 2010; Cruz, 2014; Drury et al., 2014; Henson, 2017).

Com efeito, estudos têm demonstrado a relação existente entre a presença de *stress* e o aumento da probabilidade de os profissionais experienciarem FC (Labib, 2015). Nolte (2017), na sua metasíntese concebida para facilitar o desenvolvimento do conhecimento sobre FC e a compreensão das práticas na redução das suas consequências negativas, conclui que, na maioria dos artigos revistos, os enfermeiros relataram que as causas da FC estavam

relacionadas com o ambiente de trabalho. Neste âmbito, o estudo desenvolvido por Bellolio (2014) concluiu que os trabalhadores que fazem sobretudo turnos noturnos ou que trabalham mais de 80 horas por semana estão em maior risco de desenvolverem FC relacionada com um maior BO e STS.

Estes dados estão de acordo com os obtidos por Hinderer et al. (2014), no estudo que realizaram com 128 enfermeiras da unidade de trauma, para verificar a relação existente entre BO, FC, SC e STS e características pessoais e ambientais, mecanismos de *coping* e a exposição a acontecimentos traumáticos. Os autores verificaram que as más relações entre os colegas, o uso de medicamentos e o aumento de horas de trabalho por turno estão associadas a BO, FC e STS, enquanto um forte grupo de apoio, a realização de exercício, o uso de meditação e relações positivas de trabalho entre colegas estão associados a uma elevada SC.

Acrescente-se ainda os resultados de um estudo efetuado com enfermeiros de emergência nos Estados Unidos, com vista a avaliar os componentes demográficos relacionados com o trabalho que afetavam o desenvolvimento de FC, SC e BO, e que revelou que o baixo nível de apoio da chefia foi um preditor significativo para níveis altos de FC e BO, assim como um alto nível de apoio da chefia contribui para a SC (Hunsaker et al., 2015).

No que respeita à perda de qualidade de vida pessoal, constata-se que os profissionais que deixam de investir em si próprios devido a um sentido de dever, e que por isso não fazem intervalos, fazem turnos extra e trabalham nos dias de folga, podem estar em maior risco de sofrerem de FC (Sheppard, 2016).

Por fim, mencionam-se as mudanças do sistema de saúde, nomeadamente a política de contenção de custos que se tem verificado em Portugal, que também podem contribuir para a ocorrência de FC. Labib (2015), no seu estudo, refere o caso da reforma do sistema de saúde americano que teve lugar em 2010 e que tem aumentado a pressão sobre os profissionais da saúde, que têm de tomar decisões economicamente mais eficazes, mas sem comprometer a prestação de um serviço apropriado, seguro e de qualidade.

Neste sentido, as exigências complexas provocam um aumento de *stress* nos enfermeiros que lutam para trabalhar em sistemas de saúde sobrecarregados e o resultado pode refletir uma incapacidade em prestarem cuidados de qualidade, levando à FC, ao BO e a um aumento de profissionais a abandonarem a profissão (Nolte et al., 2017).

2.5. Manifestações de Fadiga por Compaixão

A FC é um fenómeno bem atual e de extrema importância, que resulta da adoção de estratégias de sobrevivência inadequadas pelos profissionais que já não conseguem lidar de

forma saudável com os sentimentos negativos que surgem ao cuidar de doentes em sofrimento, começando a apresentar respostas somáticas e defensivas em relação ao seu trabalho (Lago et al., 2013; Labib, 2015; Manuelito, 2016).

Em última análise, sabe-se que, apesar da FC apresentar sintomas associados ao BO e ao STS, trata-se de uma síndrome que decorre da constante compaixão e cuidado pelos outros, provocando nos profissionais um declínio na sua capacidade de experimentar satisfação e preocupação com alguém (Barbosa et al., 2014; Henson, 2017).

Para uma melhor compreensão dos principais sintomas de FC, observe-se a Tabela 2.

TABELA 2: Principais sintomas de Fadiga por Compaixão

Psicológicos ou Emocionais	Tristeza, ansiedade, raiva, dor, esgotamento, depressão, apatia, mudanças de humor, irritabilidade, hipersensibilidade, abuso de substâncias, problemas de memória, perda de objetividade, entusiasmo, excitação, futilidade, culpa, baixa autoestima, falta de descanso, sentimento de obrigação de cuidar do outro, mesmo que para isso coloque em risco o seu próprio bem-estar.
Físicos	Cefaleias, problemas gastrointestinais (diarreia, prisão de ventre, epigastralgias), problemas cardíacos (dores no peito, taquicardia, palpitações), tensão muscular, perturbações do sono, (insónia, hipersónia), perda de energia, perda de resistência, falta de força, fadiga.
Comportamentais ou Sociais	Evitar doentes, diminuição da capacidade de sentir empatia, incapacidade de partilhar ou aliviar o sofrimento, sentimentos de alienação, isolamento, distanciamento, indiferença, insensibilidade; uso frequente de licenças por doença (absentismo), preocupação com os doentes, não envolvimento com família e insatisfação pessoal e profissional.
Intelectuais ou Cognitivos	Falta de concentração, falta de atenção aos pormenores, imagens intrusivas, sonhos e flashbacks, tédio, desordem, ineficácia, julgamento pobre, perda de confiança nos sistemas.
Espirituais	Diminuição do discernimento, desinteresse em introspeção, problemas existenciais.

Fonte: Adaptado de Labib (2015)

Em muitos casos, os primeiros sintomas de FC são emocionais e à medida que esta avança, geralmente surgem sintomas físicos, comportamentais e cognitivos. Os enfermeiros sentem-se psicologicamente e fisicamente exaustos. Podem-se sentir cansados com o trabalho, desprendidos dos doentes e colegas de trabalho, impotentes na relação de ajuda eficaz. Os sintomas físicos surgem com relatos de cefaleia, lombalgias, perturbações do sono,

enquanto pensam no trabalho, recordando eventos perturbadores (Cruz, 2014; Sheppard, 2016; Berg et al., 2016; Adimando, 2017).

O estudo desenvolvido por Cruz (2014) demonstrou que elevados níveis de BO e de FC estão associados a maiores níveis de sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade e *stress*), evitamento experiencial, desconforto pessoal, baixa capacidade de regulação emocional e elevada preocupação empática pelo outro. Assim, os resultados obtidos sugerem que “o aumento do evitamento experiencial, da preocupação empática, autojulgamento, bondade e ansiedade, bem como baixa tomada de perspectiva, refletem significativamente um aumento de Fadiga por Compaixão” (Cruz, 2014, p. 15).

A presença de qualquer um destes sintomas é motivo de preocupação (Erwin, 2017). Por vezes, os enfermeiros têm dificuldade em reconhecer que já estão no limite, porque escondem estes sentimentos para eles mesmos e focam a sua preocupação na prestação de cuidados aos outros (RPN Journal Staff, 2015). Porém, para se defenderem, muitos profissionais escondem o trauma, que se vai revelando de forma inconsciente e quase impercetível nos comportamentos com os doentes e os seus familiares. Assim, qualquer reação emocional forte e inesperada pode ser um indicador da presença de STS (Missouridou, 2017).

Os sintomas de FC são variados e desenvolvem-se ao longo do tempo, comprometendo não só a saúde física, psicológica, cognitiva e espiritual dos profissionais, e a sua vida pessoal, social e profissional, o que se repercute negativamente no seu bem-estar e na qualidade de vida, mas também as próprias instituições de saúde e a qualidade dos cuidados prestados (Joinson, 1992; Potter et al., 2013; Barbosa et al., 2014; Bellolio et al., 2014; Cruz, 2014; Drury et al., 2014; Houck, 2014; Labib, 2015; Harris et al., 2015; Adimando, 2017; Ames et al., 2017; Wentzel et al., 2017).

Diferentes autores apontam que a FC conduz a problemas físicos e psicológicos, ao consumo de álcool e drogas, à redução da produtividade, ao aumento da rotatividade do pessoal e do número de ausências por doença (absentismo), à insatisfação no trabalho dos profissionais e dos doentes e ainda a riscos à segurança dos doentes devido a diagnósticos errados e a planos de tratamento ineficazes (Hooper et al., 2010; Sung et al., 2012; Potter et al., 2013; Houck, 2014; Harris et al., 2015; Labib, 2015; Sheppard, 2015; Sheppard, 2016; Adimando, 2017).

Acrescente-se ainda a perda de interação com os doentes e a incapacidade de demonstrar compaixão a futuros doentes traumatizados (Joinson, 1992; Bellolio et al., 2014; Labib, 2015; Adimando, 2017) e a restrição da sua participação e dos seus filhos e familiares em algumas atividades devido ao aumento da perceção de risco e ao medo de lesão (Berg et al., 2016).

Ressalte-se que este fenómeno pode também conduzir ao abandono da profissão devido ao *stress* ocupacional e à insatisfação profissional que estes profissionais sentem, o que por sua vez aumentará a carga de trabalho e o *stress* nos restantes enfermeiros (Sung et al., 2012; Harris et al., 2015; Adimando, 2017). No entanto, Erwin (2017) defende que a FC não tem necessariamente que levar estes profissionais a abandonarem o seu trabalho onde são precisos. Pelo contrário, na sua opinião, “os verdadeiros heróis são aqueles que admitem as suas limitações e procuram apoio para a exaustão emocional” (Erwin, 2017, p. 34).

No entanto, apesar das consequências, a FC é um fenómeno clínico tratável e que se pode prevenir. Neste sentido, é fundamental detetar e combater a FC precocemente.

2.6. Instrumentos de Medição de Fadiga por Compaixão

O estudo da FC é relativamente recente, mas já conta com o desenvolvimento de diversos instrumentos de mensuração, nomeadamente: *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT), *Compassion Fatigue Scale* (CFS), *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS), *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL), *Compassion Fatigue - Short Scale* (CFSS).

O **Autoteste de Fadiga por Compaixão (CFST)**, desenvolvido por Figley (1995) foi o primeiro instrumento criado para medir a FC. É constituído por 40 questões, divididas por duas escalas: FC (23 itens) e BO (17 itens). Os resultados são apresentados sob a forma de “exposição direta ou indireta ao trauma”. No entanto, este teste foca-se demasiado nos aspetos negativos da FC, não considerando a satisfação pessoal que advém de cuidar de doentes traumatizados.

O **Teste da Fadiga e da Satisfação por Compaixão (CSFT)** foi desenvolvido por Figley e Stamm (1996), a partir do anterior. Refira-se que este modelo já considera a SC, que é o sentimento positivo que advém de ajudar os doentes. É constituído por 66 questões, distribuídas por três escalas: FC (23 itens), BO (16 itens) e SC (26 itens).

A **Escala de Fadiga por Compaixão (CFS)**, desenvolvida por Gentry, Baronowsky e Dunning (2002), é um instrumento baseado no CFST. É composto por 30 questões, subdivididas em duas escalas: FC (22 itens) e BO (8 itens).

A **Escala de Stress Traumático Secundário (STSS)** foi desenvolvida por Bride, Hatcher e Humble (2004) para medir três sintomas de STS em assistentes sociais. É constituída por 17 questões, distribuídas por três escalas (5+7+5): intrusão (pensar sem querer sobre o trauma experienciado no trabalho e ficar tão preocupado com isso que surge insónia e sonhos); evasão (profissionais começam a evitar os doentes) e excitação (resposta ao *stress* associado com o trauma experimentado em segunda mão no trabalho).

A **Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL)**, desenvolvida por Stamm (2005), surge na tentativa de melhorar os problemas psicométricos do CSFT. É constituída por 30 questões, distribuídas por três subescalas: SC, BO e STS. Cada subescala é formada por 10 itens, avaliados numa escala de 0 a 5, de acordo com a frequência com que são experienciados nos últimos 30 dias. Esta escala avalia a QVP com base na SC e a FC nos sentimentos resultantes de sentimentos associados ao desempenho do trabalho profissional e nos distúrbios psicológicos que resultam de se trabalhar com doentes traumatizados (BO e STS). Este instrumento tem sido alvo de diversas melhorias e aperfeiçoamentos ao longo do tempo. Devido à importância que assume para o estudo da FC, a versão mais atual da ProQOL, a versão 5, foi adaptada à língua e cultura portuguesa por Carvalho e Sá (2011). A sua aplicação deve objetivar a pesquisa e não ter como pressuposto um teste diagnóstico, uma vez que não está integrada na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão - CID-10 (Stamm, 2010; Barbosa et al., 2014).

A **Escala Breve de Fadiga por Compaixão (CFSS)** foi desenvolvida por Adams, Boscarino e Figley (2006), de forma a aprimorar o modelo CFS. É constituída por 13 questões distribuídas por duas escalas: BO (8 itens) e FC (5 itens).

2.7. Fadiga por Compaixão: Estratégias de Intervenção

É essencial prevenir a FC de forma a proporcionar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Várias descobertas sugerem que a capacidade para lidar com os problemas diários do trabalho está associada ao conceito de resiliência, ou seja, à capacidade de nos mantermos saudáveis mesmo trabalhando em ambientes stressantes, o que pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade dos enfermeiros ao BO e, por associação, à FC (Silva et al., 2016b).

De acordo com o estudo de Silva et al. (2016b), no qual se procurou conhecer os níveis de resiliência e BO de um grupo de enfermeiros portugueses e a relação entre ambos, os autores verificaram que quanto maior for o nível de resiliência, menor é a probabilidade de desenvolver o BO, pois esta ajuda a proteger do *stress* e a promover a realização pessoal e a saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. Encontraram-se níveis de moderada exaustão emocional, baixos valores de despersonalização e elevados valores de realização pessoal e de resiliência. Existem correlações negativas entre exaustão emocional e resiliência, e correlações positivas entre realização pessoal e resiliência.

De facto, enfermeiros resilientes são capazes de, após a adversidade, recuperar o equilíbrio, tanto em termos mentais quanto emocionais, e aprender com a experiência, tornando-se mais fortes e preparados para enfrentar o *stress* ocupacional e diminuir a ansiedade, a

depressão ou raiva, entre outros sinais negativos. Estes profissionais tendem ainda a ter “maior desempenho e a serem mais comprometidos com o trabalho, com a organização, e consequentemente, com a prestação da assistência de enfermagem com maior qualidade” (Silva et al., 2016b, p. 47).

Assim, de forma a desenvolver ou reforçar a resiliência dos enfermeiros e a atenuar os aspetos negativos da FC, é recomendável a adoção de diversas medidas, quer pelas organizações quer pelos profissionais da saúde, que têm revelado resultados bastante promissores (Mol et al., 2015; Silva et al., 2016b; Wentzel et al., 2017). Apesar de não ser possível evitar a intensidade emocional inerente à profissão de enfermagem, há algumas estratégias de *coping* que podem ajudar a evitar o BO emocional e a FC (RPN Journal Staff, 2015).

Em primeiro lugar, é fundamental que os enfermeiros e as organizações de saúde reconheçam a existência da FC, compreendam este conceito e reconheçam os seus riscos e sintomas, de forma a diminuir a sua incidência e efeitos negativos (Adimando, 2017). Porém, são poucas as que reconhecem, discutem ou desenvolvem estratégias de intervenção para a combater (Houck, 2014; Harris et al., 2015).

Por outro lado, é preciso que as organizações implementem programas educativos efetivos que preparem os profissionais para reconhecer, aceitar, prevenir e gerir a FC, neles próprios e nos outros e tornarem a experiência no trabalho mais satisfatória e recompensadora (Potter et al., 2013; Labib, 2015; Berg et al., 2016; Adimando, 2017). Na verdade, ter uma equipa forte composta por profissionais que cuidam uns dos outros pode ser vital para identificar potenciais problemas e evitar sérias consequências a longo termo (RPN Journal Staff, 2015). Erwin (2017) acrescenta que quando os próprios enfermeiros não reconhecem ou não admitem os sintomas que podem conduzir à FC, por medo de represálias, cabe aos colegas e superiores confrontá-los de forma proativa e mostrar-lhes que só reconhecendo e enfrentando as fraquezas, as poderão ultrapassar com sucesso. Por exemplo, é recomendável a adoção da ProQOL, ou de outro instrumento de medição do *stress* ocupacional, para avaliar os níveis de FC, BO e SC dos profissionais de saúde (Berg et al., 2016).

É ainda necessário melhorar o ambiente de trabalho e as relações interpessoais, através de um forte apoio social dos colegas, da família e das organizações; da existência de espaços calmos e confortáveis onde os profissionais possam descansar, refletir, recuperar física e mentalmente, mesmo que por pouco tempo; pela existência de um conjunto de infraestruturas adequadas de acesso ao local de trabalho (estacionamento, transportes públicos) e pela criação de um ambiente de trabalho positivo e amigo das famílias que valorize os trabalhadores (Drury et al., 2014; Harris et al., 2015; Labib, 2015; Berg et al., 2016; Sheppard, 2016).

A FC tem uma natureza multidimensional e quando presente envolve múltiplos domínios da experiência humana; no entanto, os enfermeiros tentam encontrar varias formas de lidar com a sua gestão, das quais se salienta o apoio dos seus pares e familiares. Recomenda-se, assim, melhorar a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, através da realização de reuniões diárias da equipa de saúde e do envolvimento destes profissionais em grupos de apoio e em associações de enfermeiros, onde se discuta e encontre o apoio necessário ao combate à FC. Por vezes, o simples falar e partilhar emoções, experiências e sofrimento com outros, dentro ou fora do ambiente de trabalho, é bastante reconfortante, ajudando-os a compreender que estes sentimentos são comuns e esperados (Drury et al., 2014; Houck, 2014; Harris et al., 2015; Labib, 2015; Berg et al., 2016; Sheppard, 2016; Nolte et al., 2017).

Harris et al. (2015) referem ainda a criação de um diário privado, que poderá ajudar no processo de reflexão, no qual os enfermeiros relatem por escrito as suas ideias e as suas experiências difíceis ou traumáticas geradas pelo cuidar dos outros.

Os enfermeiros devem ainda investir na sua qualidade de vida pessoal e no seu bem-estar físico e mental de forma a prevenirem e combaterem a FC. Para tal, precisam de momentos de descanso e lazer, sem interrupções, e de tempo livre para se dedicarem às suas atividades preferidas, como ouvir música, ler um livro, dar um passeio ou conversar com um amigo, que lhes permitam revigorar, confortar e rejuvenescer o espírito (Houck, 2014; Harris et al., 2015; Sheppard, 2016; Adimando, 2017; Ames et al., 2017; Erwin, 2017).

Deve-se ainda considerar os fatores espirituais, tais como a fé e a religião, que podem ser uma ajuda no combate aos sentimentos de dor e perda no trabalho e na criação de uma identidade profissional forte, protegendo os profissionais dos efeitos negativos da FC (Houck, 2014; Missouridou, 2017).

É também fundamental incentivar os profissionais a participarem em formação sobre técnicas de gestão de *stress* e em como lidar com o conflito, por exemplo meditação ou yoga, de forma a aprenderem a relacionar-se e a estabelecer barreiras com os doentes e familiares sob situações stressantes (Drury et al., 2014; Houck, 2014; Harris et al., 2015; Labib, 2015; Sheppard, 2016; Adimando, 2017; Henson, 2017).

Potter et al. (2013), no seu estudo, avaliam um programa de resiliência designado para educar enfermeiras da área de oncologia sobre a FC e concluem que este foi bastante benéfico, já que os participantes aprenderam algumas estratégias de gestão do *stress* em casa e no trabalho bastante úteis, o que lhes permitiu diminuir consideravelmente em seis meses o nível de FC. Estas intervenções baseavam-se sobretudo no desenvolvimento das ideias de autorregulação, intencionalidade, autovalidação, conexão e autocuidado. Através da autorregulação aprendiam a manter a calma em momentos stressantes. A intencionalidade realça a importância de se dar o melhor em cada dia e de se viver de acordo com os seus valores profissionais. A autovalidação enfatiza a necessidade de se procurar

viver e trabalhar com integridade e não para obter a aceitação dos outros. A conexão realça a importância de se cultivar um apoio social no local de trabalho para se ter alguém com quem partilhar as histórias mais traumáticas. O autocuidado realça a importância de se restaurar a energia e a paixão pelo cuidar dos outros.

Já Cruz (2014) defende a necessidade de existirem mais intervenções para ajudar os enfermeiros a lidar com as experiências stressantes que enfrentam, ou seja, de se trabalhar a sobre-identificação com pensamentos e sentimentos positivos, enfatizando-se os aspetos positivos do cuidar dos doentes, celebrando-se os casos de sucesso e usando técnicas de meditação budistas como *mindfulness* e *loving-kindness*, que segundo a literatura têm contribuído para a diminuição dos níveis de FC nestes profissionais.

Mindfulness, ou atenção plena, é um estado de atenção natural (focado, presente e ciente) que possibilita manter o discernimento perante o que possa estar a acontecer, mesmo quando se trata de algo difícil ou de situações geradoras de *stress*. Tem ganho popularidade como método para lidar com as emoções e aliviar diferentes problemas físicos e mentais, tais como, ansiedade e depressão (Adimando, 2017; Sociedade Portuguesa de Meditação e Bem-Estar, 2017).

Loving-kindness, ou medição de amor-bondade, também conhecida como meditação de compaixão, é uma prática que visa cultivar e desenvolver sentimentos de amor incondicional, empatia, bondade e compaixão em relação a si mesmo, a outras pessoas e, eventualmente, em relação a todas as formas de vida (Amato et al., 2012).

De facto, parece haver uma relação positiva entre a regulação emocional e a SC e consequentemente com a diminuição da FC, como verificou o mesmo autor, visto que os indivíduos que possuem uma elevada capacidade de regulação emocional, apresentam também um conjunto de estratégias mais eficazes que lhes permitem manter as emoções desejáveis e alterar ou reduzir as perturbadoras, no próprio ou no outro.

Wylde et al. (2017), ao estudarem os efeitos de uma intervenção de *Mindfulness* tradicional com a de uma aplicação de smartphone em enfermeiros principiantes, concluíram que o grupo de intervenção do smartphone apresentou maior SC e menor BO comparativamente com o grupo da intervenção tradicional. Também verificaram que havia menor risco de FC, mas somente quando as enfermeiras tiveram sintomas subclínicos pós-traumáticos no início do programa.

Também Adimando (2017) implementou com sucesso um projeto com vista a aumentar o conhecimento necessário para prevenir, identificar e aliviar a FC em enfermeiros de risco, através da realização de uma série de *workshops* educacionais contendo informação não só sobre os fatores de risco, os sintomas e as consequências da FC, mas também de técnicas de gestão de stress.

Concluindo, é possível estabelecer um programa eficiente de combate à FC, utilizando para isso estratégias simples. Apesar das medidas de combate à FC não serem necessariamente dispendiosas, algumas das sugestões referidas envolvem naturalmente alguns custos monetários para as organizações (Harris et al., 2015). Porém, a longo prazo estas podem revelar-se um bom investimento, pois os custos inerentes às consequências da FC, como já foi referenciado, podem ser bem mais graves e dispendiosos.

2.8. Papel do Enfermeiro Gestor

O enfermeiro que exerce a sua atividade preponderantemente na área da gestão tem como principal missão gerir pessoas e equipas, cuidados de enfermagem, supervisionando a qualidade dos mesmos para benefício dos utilizadores (Rego et al., 2013).

É neste contexto que se destaca o papel dos enfermeiros gestores.

De acordo com o Artigo 3.º do Regulamento nº 101/2015, que define o perfil de competências do enfermeiro gestor, entende-se por Enfermeiro Gestor aquele que:

“(...) detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (...), sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico, científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes saudáveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, entre outros” (Regulamento n.º 101/2015, p. 5949).

Os enfermeiros gestores são assim profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas de forma a assegurarem a qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação (APEGEL, 2009).

Neste sentido, estes têm a responsabilidade de contribuir para o planeamento e para a política de saúde, para a coordenação e gestão dos serviços de saúde, em particular dos serviços de enfermagem, através de papéis de gestão e liderança (CIE, 2000).

O modelo de organização e de gestão adotado pelas organizações de saúde determinam os processos de trabalho, o comportamento dos trabalhadores e, consequentemente, a

qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes (APEGEL, 2009; Rocha et al., 2014).

Porém, o estilo de administrar e gerir pessoas e serviços que ainda predomina no setor da saúde sofre a forte influência do modelo Taylorista/Fordista, da administração clássica e do modelo Burocrático, que encara a organização como uma máquina, que resiste à mudança, centraliza informações, ignora opiniões e recomendações dos trabalhadores, cria um ambiente de medo e desconfiança e aponta erros com arrogância (Matos et al., 2006; Trevizan et al., 2011).

Rocha et al. (2014), num estudo sobre a análise dos valores organizacionais de um hospital, demonstram a existência de rigidez hierárquica e centralização de poder na instituição, de individualismo e competição no trabalho, apesar de haver colaboração entre os trabalhadores, o que dificulta o trabalho em equipa e de falta de consideração pelo bem-estar, satisfação e motivação dos trabalhadores. Acrescentam ainda a desvalorização de práticas como a promoção das relações interpessoais, a formação contínua e a recompensa dos trabalhadores.

Deste modo, é necessário a adoção de novas formas de gestão e organização do trabalho. Este modelo está a dar lugar a uma atitude mais humana, aberta e flexível, que valoriza as pessoas, os recursos mais valiosos de qualquer organização que busca a criatividade, a inovação e a qualidade (Matos et al., 2006; Trevizan et al., 2011). De facto, enfermeiros gestores competentes, mais abertos e participativos, que fornecem um feedback positivo e uma crítica construtiva, fomentam níveis de empenhamento mais elevados nos seus trabalhadores e determinam cuidados de qualidade (APEGEL, 2009; Ferreira, 2011).

É neste contexto que surge a discussão acerca da relevância da liderança participativa, da comunicação com os trabalhadores e da interdependência das funções na formação dos enfermeiros gestores, que têm um papel preponderante no bem-estar, no crescimento pessoal e no desenvolvimento dos seus trabalhadores (Matos et al., 2006; Ferreira, 2011).

A liderança constitui uma componente essencial da gestão, pelo que é de importância crítica que se desenvolvam enfermeiros líderes para a enfermagem. A liderança em enfermagem inclui a direção e orientação de outros, bem como a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados (CIE, 2000).

A valorização da dimensão humana e a manutenção de relações saudáveis entre todos os profissionais é também essencial para uma liderança e gestão efetivas e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (CIE, 2000; Rocha et al., 2014). Com efeito, apesar das organizações terem objetivos específicos estabelecidos, elas também são comunidades de pessoas com sentimentos que se relacionam e ajudam mutuamente em equipas multidisciplinares e que procuram significado nas suas atividades quotidianas para a sua dimensão pessoal (Trevizan et al., 2011).

Ferreira (2011), num estudo sobre a relação com a chefia e o empenhamento organizacional, verificou que a relação com as chefias se relaciona positivamente com o empenhamento organizacional, sendo que se apresenta uma relação mais forte com o empenhamento afetivo do que com o empenhamento normativo e instrumental, pelo que é essencial que os gestores estejam atentos à sua forma de gestão e de relação com os trabalhadores. Mostrou ainda que a forma como o gestor toma as decisões e põe em prática as políticas da organização ou quando o gestor ajuda e apoia os enfermeiros e demonstra consideração pelos elementos da equipa, denota-se maior empenhamento em relação à decisão, maior sentimento de pertença e maior confiança no líder.

Os gestores têm ainda uma posição favorável para comunicar com os trabalhadores e socializa-los, influenciando as suas atitudes e comportamentos (Ferreira, 2011).

Também é crítica a capacidade para, de forma contínua, avaliar o ambiente, monitorizar o desempenho e criar ou adaptar-se às mudanças conforme o necessário (CIE, 2000).

Em suma, os papéis e funções dos gestores em enfermagem estão continuamente a ser redefinidos no contexto das alterações no sector da saúde (CIE, 2000). Assim sendo é fundamental esclarecer as competências que os enfermeiros gestores assumem diariamente (APEGEL, 2009).

Neste sentido, o enfermeiro gestor, além das suas competências técnicas específicas das ciências da enfermagem, tem de possuir um conjunto de competências acrescidas no domínio da gestão e da assessoria de gestão. Com efeito, de acordo com os Artigos 5º e 6º do mesmo Regulamento, cabe-lhe:

- a) Garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera, ou seja, demonstrar a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao doente.
- b) Garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, isto é, promover a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.
- c) Gerir o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos doentes em cuidados de saúde. Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas.

- d) Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, ou seja, providenciar oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornecer feedback construtivo, gerir o desempenho profissional e construir o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.
- e) Garantir a prática profissional baseada na evidência, promovendo a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação.
- f) Desempenhar um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde. Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria.

A maioria das funções do enfermeiro gestor estão direcionadas, não para os doentes e seus familiares, mas para os enfermeiros que chefia e cuida, garantindo-lhes as melhores condições de trabalho e um ambiente saudável, para que possam prestar cuidados com elevada qualidade. Deve ainda criar laços de confiança com os outros membros da equipa, fomentar a comunicação e a participação de toda a equipa multidisciplinar nas decisões tomadas.

Segundo Guerra, presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL),

“o enfermeiro gestor na sua prática clínica, seja em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários ou nos cuidados continuados e integrados, pela proximidade da sua ação, tanto junto da sua equipa quanto juntos dos utentes, é o que melhor compreende e interpreta as necessidades de ambos e o impacto dos cuidados prestados. É visionário, pensa estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências” (Guerra, 2016, p. 4).

Assim, é fulcral que os enfermeiros gestores estejam sensibilizados para a importância da promoção da saúde no local de trabalho, conforme preconiza o PNSOC (2013-2017) e atentos aos riscos psicossociais inerentes ao contexto profissional, nomeadamente ao fenómeno da FC, de forma a prevenir as consequências nefastas na saúde dos enfermeiros, no clima

organizacional e na produtividade de cada organização, promovendo desta forma ambientes de trabalho saudáveis.

A qualidade dos serviços de saúde prestados está, como vimos, associada à satisfação e ao bem-estar físico e psicológico dos enfermeiros. De facto, o sucesso e a qualidade de qualquer organização de saúde exige um planeamento e uma correta gestão dos seus recursos físicos, humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, de modo a alcançar os seus objetivos. No entanto, esta não é uma tarefa fácil.

Estes devem ainda conhecer e acompanhar os níveis de absentismo e de satisfação das equipas de enfermagem, desenvolver planos de ação e definir estratégias de acordo com as necessidades identificadas. É também importante que os gestores conheçam os seus trabalhadores para melhor gerir e compreender os seus comportamentos profissionais e pessoais, mas também identificar os seus problemas, as suas motivações e expetativas (Vieira, 2016).

Concluindo, a existência de enfermeiros gestores competentes e motivados é de elevada importância para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 101/2015; Guerra, 2016).

3. METODOLOGIA

O conhecimento adquire-se através de diversas fontes, tais como a intuição, as tradições, a experiência pessoal, entre outras. Sabe-se, no entanto, que a investigação científica “...distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimento pelo seu carácter sistemático e rigoroso...” uma vez que assenta num processo racional, permitindo “...examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar” (Fortin, 2009, p. 4).

Para desenvolver o processo de investigação científica pode-se recorrer a vários caminhos metodológicos, dependendo do objeto de investigação. A metodologia da investigação científica, por definição, “é a ciência que habilita o investigador com uma série de conceitos, princípios, métodos e leis que lhe permitem canalizar o estudo verdadeiramente científico do objeto da ciência dum modo eficiente e tendente para a excelência” (Ramos et al., 2014b, p. 14).

Na planificação desta investigação está subjacente a aplicação de um conjunto de procedimentos assentes em reflexões conceptuais sólidas e fundamentadas no conhecimento científico, tendo como finalidade conhecer o fenómeno da FC e contribuir para a implementação de estratégias de promoção de saúde no local de trabalho.

Neste sentido, neste capítulo serão apresentados a questão e os objetivos da Investigação, o tipo de estudo, as variáveis do estudo e sua caracterização, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e as considerações éticas e, por último, o tratamento dos dados.

3.1. Questão e Objetivos de Investigação

O presente estudo de investigação tem por base a seguinte questão de Investigação:

1. Qual o nível de Fadiga por Compaixão nos enfermeiros de Urgência Hospitalar de adultos?

Da questão de partida do estudo emergiram as seguintes questões específicas de investigação:

2. Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a Fadiga por Compaixão?
3. Qual a relação entre as variáveis profissionais e a Fadiga por Compaixão?

Em função destas questões definiram-se os seguintes objetivos a atingir:

1. Identificar o nível de Fadiga por Compaixão em enfermeiros de Urgência Hospitalar de adultos;
2. Analisar a variação da Fadiga por Compaixão em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.

3.2. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (2009) o paradigma da investigação permite conduzir uma investigação. Este estudo integrou o paradigma quantitativo que visa explicar e prever o fenómeno da FC, através da operacionalização de variáveis, com vista a permitir a sua medida e a análise de dados numéricos.

É também um estudo descritivo e transversal, pois descreve como é e como se manifesta determinado fenómeno, medindo e avaliando as suas dimensões (Ramos et al., 2014b), numa determinada população e num determinado espaço temporal.

3.3. Variáveis do Estudo

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas de acordo com a utilização que delas se faz numa investigação (Freixo, 2011).

No presente estudo foram consideradas diferentes variáveis:

Variável principal: Fadiga por Compaixão, recorrendo à escala ProQOL5, de Stamm (2010), na sua Versão Portuguesa, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011).

Variáveis secundárias:

- Características Sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, número de filhos, pessoas dependentes a cargo, ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo, rendimento familiar atividades de lazer.
- Características Profissionais: local de trabalho, vínculo profissional, turno de trabalho, tempo de experiência profissional, antiguidade de trabalho no serviço, *stress* no trabalho.

Apresenta-se na Tabela 3 a operacionalização das variáveis em estudo de acordo com tratamento estatístico dos dados.

TABELA 3: Operacionalização das variáveis

	Variável	Operacionalização
Características sociodemográficas	Idade	Agrupada em dois itens a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤ 35 anos e ≥ 36 anos.
	Sexo	Categorizada em masculino e feminino.
	Estado civil	Agrupada em duas categorias: com parceiro (casado/em união de facto) e sem parceiro (solteiro, divorciado, viúvo).
	Habilitações académicas	Agrupada em duas categorias: licenciatura e pós-graduação (curso de especialização, mestrado, doutoramento).
	Número de filhos	Variável em números inteiros, recodificada em duas categorias: com filhos e sem filhos.
	Pessoas dependentes a cargo	Agrupada em duas categorias: com dependentes e sem dependentes.
	Ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo	Agrupada em duas categorias: com ajuda e sem ajuda.
	Rendimento familiar	Referente à contribuição do salário no núcleo familiar, se é o único a contribuir com o salário ou não, recodificada em duas categorias: sim e não.
Características profissionais	Atividades de lazer	Traduz a prática de qualquer atividade fora do horário de trabalho, codificada em sim e não.
	Vínculo profissional	Codificada em duas categorias, de acordo com o tipo de contrato de trabalho: vínculo definitivo e vínculo precário.
	Turno de trabalho	Codificada em duas categorias, segundo a rotatividade de horários de trabalho: turno fixo e turno rotativo.
	Experiência profissional	Codificada em anos completos de trabalho com as funções de enfermeiro(a), recodificada em dois itens a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤ 11 anos e ≥ 12 anos.
	Antiguidade de trabalho no serviço	Codificada em anos completos e contínuos de trabalho com as funções de enfermeiro(a) no serviço de trabalho atual, recodificada em duas categorias a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤ 9 anos e ≥ 10 anos.
	Stress no trabalho	Referente à atividade profissional ser ou não stressante, categorizada em sim e não.

3.4. População e Amostra

Os enfermeiros portugueses a desempenhar as suas funções em urgência hospitalar de adultos foram a população alvo do estudo, correspondendo a uma população total de 93 enfermeiros.

Como critérios de inclusão foram definidos o exercício da profissão de enfermagem em urgência hospitalar de adultos há mais de 6 meses e a participação livre e informada dos enfermeiros.

A técnica de amostragem selecionada foi a não probabilística. Este tipo de amostragem, não tem um procedimento para assegurar que todos os elementos da população estejam representados, daí a não garantia de representatividade e é constituída por amostras que são facilmente acessíveis (Ramos et al., 2014b). A amostra selecionada foi a de conveniência.

Todos os enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar no estudo constituíram a amostra deste estudo, num total de 87 enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar de adultos, com uma taxa de adesão de 93,5%.

3.4.1. Caracterização da Amostra

De forma a melhor compreender a relação entre a Fadiga por Compaixão em enfermeiros de urgência hospitalar de adultos e as diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais, começou-se por proceder à caracterização da amostra deste estudo a partir dos dados recolhidos nos questionários preenchidos pelos enfermeiros e que apresentamos nos seguintes subcapítulos.

3.4.1.1. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Sociodemográficas

Quanto à caracterização da amostra do estudo segundo as variáveis sociodemográficas, observemos a Tabela 4.

TABELA 4: Características da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL		N	%
Sexo	Mulher	57	65,5
	Homem	30	34,5
Idade	≤35 anos	38	43,7
	≥36anos	49	56,3
Estado civil	Sem parceiro	50	57,5
	Com parceiro	37	42,5
Habilitações académicas	Licenciatura	80	94,1
	Pós-Graduação	5	5,9
Filhos	Sem filhos	41	47,1
	Com filhos	42	48,2
	Não responde	4	4,6
Pessoa dependente a cargo	Sem dependentes	48	55,2
	Com dependentes	37	42,5
Ajudas disponíveis	Sem ajuda	13	14,9
	Com ajuda	23	26,4
	Não responde	51	58,6
Rendimento familiar (Depende apenas do seu salário?)	Sim	15	17,2
	Não	11	12,6
	Não responde	9	10,3
Atividades de lazer	Sim	56	64,4
	Não	31	35,6

Conforme se pode constatar pela análise da Tabela 4, dos 87 enfermeiros que constituíram a amostra do estudo, 65,5% são do sexo feminino, 56,3% têm idade igual ou superior a 36 anos, sendo a média de idades de 37,14% ($DP=6,3$), com idade mínima de 25 anos e a máxima de 52 anos. Ao verificarmos o estado civil dos participantes, apurou-se que 57,5% não têm parceiro (solteiros, viúvos e divorciados). Quanto à habilitação académica 94,1% dos participantes tem o grau de licenciatura.

Quanto à condição de ter ou não ter filhos, 48,2% dos participantes tem um ou mais filhos. Verificou-se que 55,2% refere não ter pessoas dependentes a seu cargo. Relativamente à ajuda disponível para cuidar da pessoa dependente a cargo, 14,9% dos participantes não dispõe de qualquer ajuda. Por outro lado, verifica-se também que 17,2% dispõe de outro meio de rendimento no seu núcleo familiar para além do seu salário. No que se consigna às atividades de lazer 64,4% dos participantes têm algum tipo de atividade fora do horário de trabalho, sendo a atividade mais citada a prática de exercício físico.

3.4.1.2. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Profissionais

No que respeita à caracterização da amostra do estudo segundo as variáveis profissionais, apresentamos os resultados na Tabela 5.

TABELA 5: Características da amostra segundo as variáveis profissionais

VARIÁVEL		N	%
Local de trabalho	Hospital - Serviço de Urgência	87	100
Vínculo profissional	Vínculo definitivo	84	96,6
	Vínculo precário	2	2,3
	Não responde	1	1,1
Turnos de trabalho	Fixo	1	1,1
	Rotativo	85	97,7
	Não responde	1	1,1
Experiência profissional	≤11 anos	38	43,7
	≥12 anos	49	56,3
Antiguidade no serviço	≤9 anos	35	40,2
	≥10anos	52	59,8
Stress (Considera o seu trabalho stressante?)	Não	2	2,3
	Sim	84	96,6
	Não responde	1	1,1

Verifica-se que a totalidade dos participantes (100%) exerce a sua atividade profissional em contexto hospitalar, dos quais 96,6% dispõe de vínculo definitivo e 97,7% exerce em regime de trabalho de turnos rotativos.

Possuem experiência profissional igual ou superior a 10 anos 59,8% dos participantes, sendo a média de anos de experiência profissional de 13,9 ($DP=6,1$), com um mínimo de 3 anos e um máximo de 31 anos e 59,8% detém dez ou mais anos de exercício profissional no serviço atual, verificando-se uma média de anos de antiguidade no serviço atual de 10,4 ($DP=6,7$), com um mínimo de 1 ano e um máximo de 27 anos.

Quanto ao *stress* no local de trabalho, 96,6% dos participantes considerou o seu trabalho stressante.

3.5. Instrumento de Recolha de Dados

A colheita de dados pressupõe uma recolha sistemática de informações junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida, de forma a se poder medir as variáveis do estudo. O questionário é um instrumento de medida utilizado para a recolha de informação, que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis (Freixo, 2011).

O instrumento de colheita de dados selecionado no presente estudo foi constituído por um questionário dividido em dois grupos:

Grupo I - Caracterização sociodemográfica e profissional;

Grupo II - Escala da ProQOL5 (*Professional Quality of Life Scale*) de Stamm, 2010, Versão Portuguesa traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011).

O primeiro grupo corresponde à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e integra questões de resposta fechada e de resposta aberta curta, perfazendo um total de 15 questões.

O segundo grupo corresponde à aplicação da escala ProQOL5 - *Professional Quality of Life Scale*, para a avaliação da FC (Stamm, 2010; Carvalho e Sá, 2011). Esta é constituída por 30 itens, divididos em 3 subescalas, cada uma formada por 10 itens, que avaliam três fenómenos distintos: a SC (itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30); o BO (itens 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29) e o STS (itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia de 1 a 5, correspondendo a uma escala de likert (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por vezes; 4=Frequentemente; 5=Muito frequentemente). Refira-se que os participantes deverão selecionar apenas uma das modalidades de resposta para cada item. O valor total de cada subescala é obtido pela soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Saliente-se, porém, que no somatório da subescala do BO, os itens 1,4,15,17 e 29 são invertidos.

A escolha de utilização desta escala deveu-se a vários fatores. Segundo a literatura, o interesse que esta escala tem gerado entre os investigadores, sendo possivelmente a mais utilizada atualmente para avaliar a FC, já que inclui a componente positiva de SC, introduzida por Stamm e não só a componente negativa FC, como até então. Refira-se ainda a validade e fidelidade desta escala ter demonstrado em diferentes estudos bons resultados.

Ainda que seja uma das escalas mais utilizadas para fins de pesquisa deste fenómeno, uma vez que a FC não está integrada na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde, Décima Revisão - CID-10, não deve ser aplicada como um teste diagnóstico (Stamm, 2010; Barbosa, et.al, 2014).

3.5.1. Fidelidade da Escala

A fidelidade é a propriedade fundamental dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados.

Para avaliar a fidelidade do instrumento utilizado no estudo, verificando a sua consistência interna, foi calculado o coeficiente de *alfa de Cronbach*. São apresentados na Tabela 6 os resultados do coeficiente de *alfa de Cronbach* obtidos com a ProQOL5 neste estudo, referentes às suas três subescalas (SC, BO, STS) bem como, os resultados obtidos da ProQOL5 da versão original de Stamm (2010) e da versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011).

TABELA 6: Valores do coeficiente de *alfa de Cronbach* da ProQOL5 do presente estudo, de Stamm (2010) e de Carvalho e Sá (2011)

Componente	ProQOL5 (Presente estudo, 2017)	ProQOL5 Versão original (Stamm, 2010)	ProQOL5 Versão portuguesa Estudo de Validade (Carvalho e Sá, 2011)
SC	0,90	0,88	0,86
BO	0,77	0,75	0,71
STS	0,82	0,81	0,83

Como é possível verificar na Tabela 6, no presente estudo obtiveram-se valores de coeficiente de *alfa de Cronbach*, referentes à SC, BO e STS, muito aproximados aos valores obtidos por Stamm (2010) e Carvalho e Sá (2011). Segundo Pestana et al. (2005) os valores do coeficiente de *alfa de Cronbach* obtidos nas três subescalas apresentam razoável e boa consistência interna.

3.6. Procedimentos e Considerações Éticas

No decorrer do processo de investigação foram garantidos alguns procedimentos de forma a respeitar os requisitos éticos.

Neste sentido, começamos por solicitar as autorizações para a realização do estudo ao Conselho de Administração e Comissão de Ética Hospitalar, ao Diretor e Enfermeiro responsável do serviço e aos autores da escala ProQOL5 (Stamm, 2010) - Versão Portuguesa, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011). O presente estudo integra o projeto “INT-SO - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos

profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha” da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP)/ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), o qual facultou o questionário de dados sociodemográficos e profissionais.

Após contacto informal com o enfermeiro chefe do serviço de urgência hospitalar de adultos foi agendado o momento de aplicação dos questionários. Através do contato direto pela investigadora com os enfermeiros potenciais participantes foi apresentado o documento de informação do estudo, o consentimento informado e o instrumento de colheita de dados e um envelope (para colocar o instrumento preenchido).

Depois de garantidos todos os procedimentos éticos, iniciou-se a colheita de dados, que decorreu entre os meses de maio e julho de 2017.

Os questionários foram recolhidos pela investigadora em envelopes fechados, de forma a garantir o anonimato, procedendo-se de seguida à sua numeração e ao tratamento estatístico dos dados.

3.7. Tratamento dos Dados

Após a colheita de dados, entramos na fase de análise dos mesmos, assumindo a estatística um papel preponderante.

“A estatística é um ramo da matemática que tem por objetivo organizar, descrever e analisar dados, determinando correlações entre eles” (Pinto, 2012, p. 18). Neste sentido, a estatística divide-se em dois grandes campos: a estatística descritiva, que organiza, descreve e resume os dados e a estatística inferencial, que engloba todos os testes estatísticos, permitindo desta forma, estabelecer conclusões para a população alvo.

O tratamento dos dados foi efetuado através da estatística descritiva e inferencial com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* versão 24 (IBM SPSS). O SPSS constitui um programa informático que reúne um conjunto de ferramentas estatísticas que permitem a realização da análise quantitativa dos dados.

Na análise estatística descritiva recorreremos a frequências absolutas e relativas e a medidas de tendência central como a Média (M) mediana e o Desvio Padrão (DP).

Foram calculados os *t*scores das diferentes subescalas da ProQOL5 de acordo com o respetivo manual (Stamm, 2010).

Recorremos ao coeficiente de *alfa de Cronbach* para avaliação da consistência interna da ProQOL5. Para Pestana et al. (2005) valores *alfa de Cronbach* inferiores a 0,6 correspondem

a consistência interna inadmissível, entre 0,6 e 0,7 consistência interna fraca, entre 0,7 e 0,8 consistência interna razoável, entre 0,8 e 0,9 consistência interna boa e superior a 0,9 consistência interna muito boa.

A associação e intensidade entre variáveis foram analisadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r), que varia entre -1 e 1 (Pestana et al., 2005). Para estes autores $r < 0,2$ indica associação muito baixa, r entre 0,20 e 0,39 associação baixa, r entre 0,40 e 0,69 associação moderada, r entre 0,70 e 0,89 associação alta e r entre 0,90 e 1 associação muito alta.

Para a comparação de grupos recorreremos ao teste paramétrico t de *student* (t) para amostras independentes e ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U) de acordo com os pressupostos para a sua utilização.

Relativamente ao nível de significância, na análise estatística, assumiu-se o limite de significância de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%). Os valores estatísticos obtidos foram arredondados a uma casa decimal.

4. RESULTADOS

No presente capítulo apresentamos os resultados obtidos, com recurso à utilização da escala da ProQOL5, de acordo com os objetivos previamente apresentados (p. 74). De realçar que esta escala (avaliação da Qualidade de Vida Profissional) é constituída pela SC e FC, sendo que esta última integra o BO e o STS.

4.1. Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar de Adultos

No que concerne à ProQOL5, a avaliação da SC e do nível da FC (BO/STS) nos enfermeiros de urgência hospitalar de adultos, obtiveram-se os seguintes resultados:

TABELA 7: Distribuição dos valores da Média (M), Desvio Padrão (DP), Máximo e Mínimo das subescalas SC, BO e STS

ProQOL5	Nº de itens	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mínimo	Máximo
SC	10	87	37,1	5,9	22	48
BO	10	87	26,0	5,6	16	38
STS	10	87	23,9	5,5	11	39

Da análise da Tabela 7, verifica-se que a SC apresenta um valor médio de 37,1 (DP=5,9), com um valor mínimo de 22 e máximo de 48. Relativamente ao BO, mostra um valor médio de 26,0 (DP=5,6), com um valor mínimo de 16 e máximo de 38; e por último, o STS apresenta um valor médio de 23,9 (DP=5,5), com um valor mínimo de 11 e máximo de 39.

Pontes de corte da ProQOL5

Para o cálculo dos pontos de corte da ProQOL5 seguimos as orientações de Stamm (2010) com o recurso ao programa SPSS 24. Transformamos os valores primários das subescalas (SC, BO e STS) em Zscores. Seguiu-se a conversão dos Zscores em tscores. A reconversão dos valores primários, forçado para obter uma M de 50 e um DP de 10, possibilita a comparação entre os valores das três dimensões, assim como a comparação com diferentes estudos.

Na Tabela 8 apresentamos os pontos de corte da ProQOL5 recorrendo à divisão em quartis, respetivamente, percentis de 25, 50 e 75 do presente estudo, da versão original de Stamm (2010) e da versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011).

TABELA 8: Pontos de corte da ProQOL5 do presente estudo, de Stamm (2010) e de Carvalho e Sá (2011)

		ProQOL5 (Presente estudo)			ProQOL5 Versão original (Stamm, 2010)			ProQOL5 Versão portuguesa (Carvalho e Sá, 2011)		
		tscore SC	tscore BO	tscore STS	tscore SC	tscore BO	tscore STS	tscore SC	tscore BO	tscore STS
Percentis	25	42,9	42,8	43,0	44	43	42	44	42	41
	50	51,4	48,1	48,3	50	50	50	50	50	49
	75	56,4	58,8	59,1	57	56	56	59	56	57

Ao analisar os valores obtidos com os pontos de corte (percentis 25, 50 e 75) neste estudo e os considerados por Stamm (2010) e Carvalho e Sá (2011) constatamos resultados muito similares, tal como apresentado na tabela anterior.

Constatamos ainda, no presente estudo, na SC valores que oscilaram entre 24,3 e 68,2, no BO entre 32,2 e 71,2 e no STS valores compreendidos entre 26,9 e 76,9.

Comparando com os pontos de corte apresentados por Stamm (2010), as frequências das três subescalas de acordo com os pontos de corte obtidos na presente amostra (nível baixo, médio e alto) são apresentadas na tabela seguinte.

TABELA 9: Frequências dos níveis das subescalas SC, BO e STS

Subescalas		Níveis	N	%
SC	Baixo		17	19,5
	Médio		26	29,9
	Alto		44	50,6
BO	Baixo		21	24,1
	Médio		19	21,8
	Alto		47	54,0
STS	Baixo		17	19,5
	Médio		19	21,8
	Alto		51	58,6

Da análise da Tabela 9, e no que diz respeito aos níveis das três subescalas, constatamos que 50,6% dos enfermeiros têm nível alto de SC e 19,5% um nível baixo. No BO 54,0% têm nível alto, ao passo que 24,1% têm nível baixo. Por último verificamos que 58,6% dos participantes tem nível alto de STS e 19,5% nível baixo. Agrupando níveis médios/altos das diferentes subescalas, constatamos na SC 80,5%, no BO 75,8% e no STS 80,4%.

Dos 50,6% que apresentam nível alto de SC, constatamos que são mulheres (52,6%), com idade superior ou igual a 36 anos (59,2%), sem parceiro (56,0%), licenciados (50,0%), com experiência profissional inferior a 11 anos (52,6%), tempo de antiguidade no serviço inferior a 9 anos (54,3%) e consideram o trabalho stressante (51,2%).

Apresentaram nível alto de BO 54,0% dos enfermeiros, destes são mulheres (54,4%), com idade inferior a 35 anos (60,5%), sem parceiro (58,0%), Pós Graduados/Mestrados/Doutorados (60,0%), com experiência profissional superior ou igual a 12 anos (55,1%), tempo de antiguidade no serviço superior ou igual a 10 anos (63,5%) e consideram o trabalho stressante (54,8%).

Dos 58,6% com nível alto de STS, verificamos que são mulheres (66,7%), com idade inferior a 35 anos (73,7%), sem parceiro (64,0%), licenciados (61,3%), com experiência profissional inferior a 11 anos (68,4%), tempo de antiguidade no serviço inferior a 9 anos (68,6%) e consideram o trabalho stressante (59,5%).

Para analisar as subescalas que melhor explicam a QVP e a FC nos enfermeiros, calculamos o coeficiente de correlação r de *Pearson* (Tabela 10).

TABELA 10: Matriz de correlação de *Pearson* (r) entre as subescalas da SC, BO e STS

ProQOL5	1	2	3
1. SC	1		
2. BO	-,602**	1	
3. STS	-,116**	,456**	1

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Os resultados da Tabela 10, apresentam as correlações entre as diferentes subescalas da ProQOL5. Verifica-se que a correlação entre a SC e o BO é negativa e forte ($r(87) = -0,602$, $p = 0,01$), assim como entre a SC e o STS com uma correlação negativa muito fraca ($r(87) = -0,116$, $p = 0,01$), já a correlação entre BO e STS evidencia uma correlação positiva mas fraca ($r(87) = 0,456$, $p = 0,01$).

4.2. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Sociodemográficas

A análise da variação de médias da SC, BO e STS em função das variáveis sociodemográficas foi realizada com recurso à estatística paramétrica teste *t* de *student* e não paramétrica, teste de *Mann-Whitney*, de acordo com os pressupostos para o recurso às mesmas.

Os resultados obtidos para a comparação da média de dois grupos com recurso ao teste *t* de *student* são apresentados na Tabela 11.

TABELA 11: Comparação das médias da SC, BO e STS em função da idade, sexo, estado civil, ter filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer

ProQOL5	Idade	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	<i>t</i> (gl) p
SC	≤ 35 anos	38	46,7	10,7	-2,808 (85) 0,006
	≥ 36 anos	49	52,5	8,6	
BO	≤ 35 anos	38	52,0	10,7	1,667 (85) 0,099
	≥ 36 anos	49	48,4	9,2	
STS	≤ 35 anos	38	53,1	9,8	2,702 (85) 0,008
	≥ 36 anos	49	47,5	9,4	
ProQOL5	Sexo	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	<i>t</i> (gl) p
SC	Mulher	57	50,1	10,3	-0,145 (85) 0,885
	Homem	30	49,7	9,4	
BO	Mulher	57	50,5	9,6	-0,664 (85) 0,508
	Homem	30	49,0	10,7	
STS	Mulher	57	51,9	9,1	-2,592 (85) 0,011
	Homem	30	46,2	10,6	
ProQOL5	Estado civil	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	<i>t</i> (gl) p
SC	Com parceiro	37	50,5	9,9	-0,402 (85) 0,689
	Sem parceiro	50	49,6	10,1	
BO	Com parceiro	37	49,3	10,3	0,491 (85) 0,625
	Sem parceiro	50	50,4	9,8	
STS	Com parceiro	37	48,2	11,1	1,427 (85) 0,157
	Sem parceiro	50	51,3	8,9	
ProQOL5	Ter Filhos	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	<i>t</i> (gl) p
SC	Com filhos	42	49,4	9,6	0,181 (81) 0,856
	Sem filhos	41	49,8	10,5	
BO	Com filhos	42	49,2	9,4	0,516 (81) 0,607
	Sem filhos	41	50,4	10,7	
STS	Com filhos	42	48,2	9,3	1,445 (81) 0,152
	Sem filhos	41	51,4	10,6	

ProQOL5	Pessoas dependentes a cargo	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) p
SC	Com dependentes	37	49,8	9,1	0,002(83) 0,999
	Sem dependentes	48	49,8	10,8	
BO	Com dependentes	37	49,6	9,3	0,146 (83) 0,884
	Sem dependentes	48	49,9	10,7	
STS	Com dependentes	37	48,9	9,8	0,936 (83) 0,352
	Sem dependentes	48	51,0	10,2	
ProQOL5	Atividades de lazer	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) p
SC	Sim	56	50,6	10,2	-0,791 (85) 0,431
	Não	31	48,8	9,6	
BO	Sim	56	48,3	9,2	2,071 (85) 0,041
	Não	31	52,9	10,7	
STS	Sim	56	48,3	9,4	2,074 (85) 0,041
	Não	31	52,9	10,4	

Segundo os resultados apresentados na tabela anterior, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à variável idade na SC ($t(85)=-2,808$; $p=0,006$) e no STS ($t(85)=2,702$; $p=0,008$). Com os enfermeiros de idade igual ou superior a 36 anos a apresentarem médias superiores de SC ($\underline{M}=52,5$; $\underline{DP}=8,6$) e os enfermeiros mais novos a evidenciarem média superior de STS ($\underline{M}=53,1$; $\underline{DP}=9,8$).

No que se refere ao sexo verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens no STS ($t(85)=-2,59$; $p=0,011$), com as enfermeiras a apresentarem médias superiores ($\underline{M}=51,9$; $\underline{DP}=9,1$) comparativamente aos enfermeiros.

Em relação aos enfermeiros realizarem ou não atividades de lazer, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do BO ($t(85)=2,071$; $p=0,041$) e no STS ($t(85)=2,074$; $p=0,041$), com médias superiores de BO ($\underline{M}=52,9$; $\underline{DP}=10,7$) e de STS ($\underline{M}=52,9$; $\underline{DP}=10,4$) nos enfermeiros que não realizam atividades de lazer.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao estado civil, ter filhos e ter dependentes a cargo e a SC, BO e STS.

Os resultados obtidos através do teste de *Mann-Whitney* relativamente à comparação das subescalas da escala e das habilitações académicas e ter ajudas para cuidar de pessoas dependentes a cargo são apresentados na Tabela 12 e 13.

TABELA 12: Teste de *Mann-Whitney* entre a SC, BO e STS e as habilitações académicas

Habilitações Académicas		<u>N</u>	<i>Mean Rank</i>	<u>U</u>	<u>p</u>
SC	Licenciatura	80	42,20	136,000	0,244
	Pós-Graduação / Mestrado / Doutoramento	5	55,80		
BO	Licenciatura	80	43,18	185,500	0,793
	Pós-Graduação / Mestrado / Doutoramento	5	40,10		
STS	Licenciatura	80	43,56	155,500	0,417
	Pós-Graduação / Mestrado / Doutoramento	5	34,10		

TABELA 13: Teste de *Mann-Whitney* entre a SC, BO e STS e as ajudas disponíveis para cuidar de pessoa dependentes a cargo

Ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo		<u>N</u>	<i>Mean Rank</i>	<u>U</u>	<u>p</u>
SC	Não	13	21,15	115,000	0,267
	Familiar	23	17,00		
BO	Não	13	17,92	142,000	0,820
	Familiar	23	18,83		
STS	Não	13	19,12	141,500	0,795
	Familiar	23	18,15		

Da análise das Tabelas 12 e 13 verifica-se a não existência de diferenças estatísticas significativas entre ter Licenciatura ou Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento e dispor de ajuda ou não para prestar cuidados a pessoas dependentes a cargo, nas três subescalas.

4.3. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Profissionais

Quanto à relação entre SC, BO e STS e as variáveis profissionais recorreu-se também ao teste paramétrico *t* de *student* e ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Na Tabela 14 são apresentados os resultados entre as subescalas e o tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço.

TABELA 14: Comparação das médias da SC, BO e STS em função do tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço

ProQOL5	Experiência profissional	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) p
SC	≤ 11 anos	38	48,8	10,6	-0,951 (85) 0,344
	≥ 12 anos	49	50,8	9,5	
BO	≤ 11 anos	38	51,3	11,1	1,086 (70) 0,281
	≥ 12 anos	49	48,9	8,9	
STS	≤ 11 anos	38	52,6	10,6	2,191 (85) 0,031
	≥ 12 anos	49	47,9	9,0	
ProQOL5	Antiguidade no serviço	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) p
SC	≤ 9 anos	35	50,6	8,6	0,528 (85) 0,599
	≥ 10 anos	52	49,5	10,8	
BO	≤ 9 anos	35	47,8	9,4	-1,634 (85) 0,106
	≥ 10 anos	52	51,4	10,1	
STS	≤ 9 anos	35	51,2	10,2	0,946 (85) 0,347
	≥ 10 anos	52	49,1	9,8	

Como podemos observar na tabela anterior verificam-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo de experiência profissional na STS ($t(85)=2,191; p=0,031$). Os enfermeiros com experiência profissional igual ou inferior a 11 anos a evidenciarem média superior de STS. Em relação à variável antiguidade no serviço, não se verificam diferenças estatísticas significativas.

Quanto aos resultados obtidos com o teste de *Mann-Whitney*, estes encontram-se expostos na tabela seguinte.

TABELA 15: Teste de *Mann-Whitney* da SC, BO e STS em função da percepção de stress no trabalho

Considera o seu trabalho stressante		<u>N</u>	<u>Mean Rank</u>	<u>U</u>	<u>p</u>
SC	Não	2	42,00	81,000	0,942
	Sim	84	43,54		
BO	Não	2	13,00	23,000	0,085
	Sim	84	44,23		
STS	Não	2	11,25	19,500	0,060
	Sim	84	44,27		

Da análise da Tabela 15, constata-se que não se registaram diferenças estatísticas significativas entre a SC, BO e STS e considerar ou não o trabalho stressante.

5. DISCUSSÃO

Face aos resultados obtidos no presente estudo, procederemos neste capítulo à discussão dos mesmos, de acordo com a sequência dos objetivos propostos.

5.1. Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar de Adultos

Dos diferentes instrumentos que permitem o estudo da FC optamos pela ProQOL5. Constatamos nesta escala a incorporação da categoria SC, que funciona como um fator protetor na exposição ao BO e STS. A avaliação da FC incorpora componentes relativas ao BO e ao STS (Stamm, 2010). Esta dimensão positiva vai ao encontro da abordagem positivista da Saúde Ocupacional e da Psicologia Positiva.

Através do coeficiente *alfa de Cronbach* obtivemos valores de consistência interna nas três subescalas semelhantes aos da versão original de Stamm (2010) e aos da versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011).

A aplicação da ProQOL5 permitiu-nos identificar o nível de FC, nas suas duas subescalas (BO e STS) assim como o nível de SC nos participantes do estudo. Através dos scores brutos constatamos valores médios de 37,1, 26,0 e 23,9, nas subescalas SC, BO e STS respetivamente.

Cruz (2014) no seu estudo desenvolvido com enfermeiros apresentou valores similares aos do nosso estudo com médias de 38 ($\underline{DP}=4,7$) na SC, 24,4 ($\underline{DP}=4,7$) no BO e 24,9 ($\underline{DP}=4,3$) na FC. Hunsaker et al. (2015) encontraram valores médios de SC 39,7 ($\underline{DP}=6,32$), BO 21,5 ($\underline{DP}=5,44$) e FC 23,66 ($\underline{DP}=5,8$) em enfermeiros a exercerem em departamento de emergência.

Relativamente aos dados obtidos nas diferentes subescalas, comparando os valores médios de SC, BO e STS, com os pontos de corte da ProQOL5 considerados por Stamm (2010), verificámos uma percentagem significativa de enfermeiros com níveis médios a altos de SC (80,5%), BO (75,8%) e de STS (80,4%), valores que são corroborados por autores de outros estudos. Carvalho (2011), encontrou 82,8%, 72,6% e 67,1% de enfermeiros com nível médio a alto na SC, BO e STS, respetivamente. Já Cruz (2014) identificou enfermeiros com nível médio alto na SC (70,5%), no BO (74,3%) e no STS (67,6%). Também Hooper et al. (2010) verificaram que aproximadamente 82% dos enfermeiros de emergência apresentaram níveis moderados a altos de BO e 86% níveis moderados a altos de FC.

À semelhança de investigações anteriores que se têm debruçado a avaliar o fenómeno FC, nomeadamente em estudos como os de Hooper et al. (2010), Stamm (2010), Carvalho (2011) e Cruz (2014), também o presente estudo veio corroborar a predisposição que os enfermeiros têm em desenvolver níveis elevados de FC.

A atividade profissional nos serviços de urgência hospitalar exige esforço físico, quer pela sobrecarga e ritmo de trabalho, quer pelas relações profissionais stressantes dentro do ambiente de trabalho (Dantas et al., 2015; Fônsaca et al., 2016; Araújo et al., 2016). Também, o contacto direto e constante com pessoas em sofrimento, vítimas de situações traumáticas, como a morte, reações emocionais intensas e, até comportamentos violentos, exigem um grande autocontrolo e trabalho emocional por parte destes profissionais (Coelho et al., 2016).

De igual modo, a possibilidade de poderem ser afetados pelas suas vivências, associado ao carácter altruísta e à preocupação empática que caracteriza a relação profissional estabelecida com os doentes, constituem fatores de risco para o desenvolvimento da FC, e consequentemente, uma ameaça à saúde mental e ao bem-estar dos enfermeiros. (Hooper et al., 2010; Stamm, 2010; Carvalho, 2011; Cruz, 2014; Manuelito, 2016; Sheppard, 2016; Missouridou, 2017). De acordo com Cruz (2014), a preocupação empática, ou seja, a capacidade que os enfermeiros têm para experienciar sentimentos de preocupação e compaixão pelo outro e a FC têm uma relação positiva significativa.

Lapena-Monux et al. (2014) e Martins et al. (2014a) apontam que a desorganização do trabalho gera sentimentos de impotência, desmotivação e confusão relacional, traduzindo-se numa comunicação inadequada que se repercute de forma negativa tanto para os enfermeiros como para os doentes.

Para Stamm (2010), o BO está associado a sentimentos negativos, de desesperança e dificuldades em realizar o trabalho de forma eficaz, podendo estar relacionado quer a ambientes de trabalho desfavoráveis, quer a uma sobrecarga de trabalho. Nos contextos de urgência e emergência, as condições de trabalho não só favorecem os acidentes de trabalho, o sofrimento e as doenças profissionais, como constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças infecciosas, exposição à violência física e verbal, *stress* ocupacional, entre outros (Barreto et al., 2012; Angelim et al., 2016).

Estes fatores poderão ser agravados pelo nível de insatisfação profissional elevado, gerado por situações como a escassez de recursos humanos, privação de apoio das organizações, falta de apoio social, dos colegas e da família (Hooper et al., 2010; Cruz, 2014; Drury et al., 2014; Henson, 2017). Assim como, pela falta de reconhecimento profissional por parte das organizações, o que constitui uma das principais causas de *stress* no local de trabalho, na medida em que o reconhecimento se baseia no respeito, confiança, consideração e dignidade humana para com os profissionais. As consequências de tal omissão podem conduzir ao absentismo, desmotivação e diminuição do rendimento (Álvarez, 2016).

Também, a interação negativa entre trabalho e família potencia o risco de *stress* e BO, o que gera inevitavelmente conflitos a nível familiar e social (Pereira et al., 2014; Correia, 2016b).

As condições que predispõem estes profissionais de saúde a qualquer um destes riscos psicossociais podem ainda relacionar-se com a ambiguidade de funções, injustiça organizacional e deficiente liderança (Álvarez, 2016).

A competência dos líderes, nomeadamente a qualidade da comunicação e colaboração para com os seus liderados, constituem fatores potenciadores de satisfação e compromisso nas equipas de trabalho (Álvarez, 2016). Segundo Hunsaker et al. (2015), o baixo nível de apoio da chefia constituiu um preditor significativo para níveis altos de FC e BO, assim como um alto nível de apoio da chefia contribui para a SC.

Por outro lado, níveis altos de FC e BO estão associados a maiores níveis de sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade e stress), maiores níveis de evitamento experiencial e baixa capacidade de regulação emocional (Cruz, 2014).

A par dos níveis elevados de FC, também neste estudo foram obtidos níveis altos de SC, que confirmam a ideia de que a satisfação provém mais de fatores internos, isto é, das características individuais de cada um, do que externos, ou seja, do ambiente de trabalho desfavorável, e que apesar do enfermeiro considerar o trabalho importante e de se sentir realizado, é também afetado pelos sentimentos e pensamentos negativos relacionados com as experiências traumáticas dos doentes de quem cuida (Carvalho, 2011).

Quanto às subescalas que melhor explicam a qualidade de vida e a FC nos enfermeiros, os resultados obtidos neste estudo confirmam as associações existentes entre SC, BO e STS encontrados por Stamm (2010) e Carvalho (2011). Verificou-se uma correlação negativa entre a SC e os restantes fenómenos, ou seja, quanto maior a SC menores são os valores de BO e STS, o que vem confirmar a sugestão que a SC pode funcionar como fenómeno protetor dos enfermeiros dos efeitos negativos da FC. Os dados obtidos evidenciam também a existência de uma correlação positiva entre BO e STS, o que confirma a sugestão de que estes dois fenómenos apesar de distintos, partilham algumas características.

5.2. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Sociodemográficas

A influência das variáveis sociodemográficas ao nível das três subescalas da ProQOL5, têm sido algo contraditórias relativamente aos estudos efetuados por Stamm (2010) e Carvalho e Sá (2011), que demonstraram não haver diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à relação entre a FC nos enfermeiros e as diferentes variáveis sociodemográficas, apesar de no presente estudo não se terem verificado diferenças significativas nas variáveis estado civil, ter filhos, ter pessoas dependentes a cargo, habilitações académicas e ter ajudas para cuidar de pessoas dependentes a cargo, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis sexo, idade e atividades de lazer.

Se por um lado estes dados vêm confirmar os obtidos noutros estudos quanto ao sexo, em que as mulheres apresentam médias superiores aos homens no STS, o que sugere uma maior capacidade empática das mulheres se identificarem com os seus doentes e absorverem os seus medos e traumas; o mesmo não acontece com a variável idade, que noutros estudos não revelou uma diferença significativa (Stamm, 2010; Carvalho, 2011; Cruz, 2014).

O presente estudo revelou uma diferença estatisticamente significativa na variável idade, na SC e STS, os enfermeiros com idade igual ou superior a 36 anos a apresentarem médias superiores de SC, mas inferiores de STS, enquanto os profissionais mais novos revelam médias inferiores de SC e superiores de STS. Estes dados são congruentes com os de Sacco (2015) e sugerem que os enfermeiros mais novos estão em maior risco de FC do que os profissionais mais velhos, possivelmente devido ao facto destes serem mais experientes e terem maior maturidade pessoal e profissional para lidarem com os desafios de cuidar dos doentes em estados críticos.

Verificou-se ainda que os enfermeiros mais velhos, nomeadamente mulheres demonstraram maiores níveis de SC, o que corrobora os resultados de Cruz (2014) sugerindo que as mulheres evidenciaram maior prevalência na satisfação por compaixão e capacidade de desempenhar o trabalho ao cuidar de quem sofre.

Constatamos ainda que os enfermeiros que não realizam atividades de lazer estão mais expostos ao BO e ao STS, o que vem confirmar a ideia de que os profissionais que não investem na sua qualidade de vida pessoal estão em maior risco de FC (Sheppard, 2016).

5.3. Relação entre Fadiga por Compaixão e Variáveis Profissionais

Da caracterização da amostra do estudo, 100% dos enfermeiros exercem a sua atividade profissional em contexto de um serviço de urgência hospitalar de adultos, 96,6% têm vínculo definitivo e 97,7% exercem em regime de horário rotativo.

No que concerne à relação entre a FC e as diferentes variáveis profissionais, no presente estudo foram encontradas diferenças significativas na variável tempo de experiência profissional, mas não nas variáveis antiguidade no serviço e considerar o seu trabalho stressante. Verificou-se que são os enfermeiros com tempo de experiência igual ou inferior a 11 anos que revelam valores superiores de STS, o que se deve provavelmente ao facto de

estes serem menos experientes e se identificarem com mais facilidade com os doentes, sugerindo assim que a FC diminui com os anos de experiência profissional (Missouridou, 2017; Mooney et al., 2017).

Em síntese, tendo em consideração os resultados obtidos, podemos comprovar que existe SC, BO e FC com níveis médios a altos nos participantes deste estudo. Pode-se ainda afirmar que a FC depende de fatores pessoais como a idade, sexo e atividades de lazer, assim como fatores profissionais nomeadamente a experiência profissional.

CONCLUSÃO

Na literatura tem crescido a evidência científica de que a FC é uma ameaça à saúde mental dos enfermeiros. A pesquisa e a compreensão deste fenómeno potenciam o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no local de trabalho, em busca de uma melhor QVP dos enfermeiros e de uma prestação de cuidados de qualidade.

A ProQOL5, instrumento utilizado para avaliar a FC e recomendado para fins de pesquisa e não como teste diagnóstico (Stamm, 2010), determina que os resultados obtidos devem ser interpretados como reflexo de que existe compromisso e empenho profissional quando os níveis de SC forem altos e de que há predições de desequilíbrio emocional entre os enfermeiros quando os níveis de FC (BO e STS) forem altos (Barbosa et al., 2014). Revelou-se, neste estudo, um instrumento com valores de coeficiente *alfa de Cronbach* representativos de uma boa consistência interna e muito aproximados com os estudos de Stamm (2010) e de Carvalho e Sá (2011).

Os resultados obtidos permitiram responder à questão de investigação *“Existe Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar de adultos?”* e a concretização dos objetivos (identificação do nível de FC e sua variação em função das variáveis sociodemográficas e profissionais).

Assim, salientamos relativamente aos resultados obtidos:

- A aplicação da ProQOL5 permitiu-nos identificar o nível de FC, nas suas duas subescalas (BO e STS), e o nível de SC nos participantes do estudo. Através dos scores brutos constatamos valores médios de 37,1, 26,0 e 23,9, nas subescalas SC, BO e STS respetivamente;
- Os pontos de corte obtidos para as pontuações das três subescalas da ProQOL5, na divisão em quartis (percentis 25, 50 e 75), revelaram-se similares aos obtidos pelos autores da versão original (Stamm, 2010) e Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011). Na SC os valores oscilaram entre 24,3 e 68,2, no BO entre 32,2 e 71,2 e no STS entre 26,9 e 76,9;
- Verificou-se ainda que 80,5% dos enfermeiros apresentaram níveis médios a altos de SC, 75,8% níveis médios a altos de BO e 80,4% níveis médios a altos de STS;
- As enfermeiras mais velhas, sem parceiro, licenciadas, com menos tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço e que percecionam o seu trabalho stressante são as que apresentaram valores mais altos de SC;
- Enfermeiras mais jovens, sem parceiro, com pós graduação/mestrado/doutoramento, mais tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço e que consideram o seu trabalho stressante evidenciam nível mais elevado de BO;

- Enfermeiras mulheres, mais jovens, sem parceiro, licenciadas, com menor tempo de experiência profissional e de antiguidade no serviço e que consideram o seu trabalho stressante revelaram valores mais elevados de STS;
- A associação entre as diferentes subescalas da ProQOL5, revelou ser estatisticamente significativa, negativa e forte entre SC e o BO; negativa e fraca entre a SC e o STS e positiva e fraca entre o BO e STS.

Não obstante os resultados obtidos na presente investigação, identificaram-se algumas limitações:

- O estudo ser transversal, em que o fenómeno da FC foi avaliado num único momento. As respostas às afirmações podem ter sido influenciadas por estados de humor e pressões no local de trabalho momentâneas, entre outros fatores;
- Ter sido realizado com uma amostra de conveniência, não permitindo a extrapolação dos resultados para outros contextos.

Tais resultados sugerem constituir uma problemática quer para os enfermeiros, quer para as organizações de saúde e, neste sentido, é necessária:

- A consciencialização dos enfermeiros e enfermeiros gestores sobre os riscos psicossociais, nomeadamente a FC, e a importância de ambientes de trabalho saudáveis, conforme preconiza o PNSOC 2013-2017;
- O conhecimento e identificação das condições de trabalho como precursores dos riscos psicossociais, designadamente a carga de trabalho, liderança e o reconhecimento do trabalho;
- A implementação de projetos de saúde no trabalho que promovam a SC e previnam a FC;
- Divulgação do presente estudo de investigação em eventos e revistas científicas.

Como sugestões futuras sugere-se mais especificamente:

- Realização de estudos de natureza longitudinal que permitam conhecer as causas e consequências da variável em estudo ao longo do tempo;
- Conhecer a variável em estudo em amostras de enfermeiros mais numerosas e noutros contextos de trabalho;
- Associação em futuros estudos de outras variáveis à FC, como os estilos de liderança, clima organizacional e interação trabalho-família e família-trabalho.

Em síntese, os resultados deste estudo sinalizam a importância de se realizar projetos futuros de intervenção que contemplem a variável estudada e contribuam para que as instituições hospitalares promovam a QVP e um melhor serviço prestados à sociedade.

BIBLIOGRAFIA

ADIMANDO, Andrea. Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care. *Journal of Holistic Nursing*. 2017, Vol. XX, X, pp. 1-14.

ADRIANSSENS, Jef, DE GUCHT, Veronique e MAES, Stan. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*. 2015, Vol. 23, 3, pp. 346-358.

ADRIANSSENS, Jef, DE GUCHT, Veronique e MAES, Stan. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2012, Vol. 49, pp. 1411-1422.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. ISBN 978-92-9240-497-0.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA). *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades. Campanha 2016-2017*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2016. ISBN 978-92-9240-743-8.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA). *Prémios de Boas Práticas "Locais de Trabalho Saudáveis para Todas as Idades" 2016-2017*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2017. ISBN 978-92-9496-338-3.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA). *Prémios de Boas Práticas "Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis" 2014-2015*. Luxemburgo : Serviço das Publicações da União Europeia, 2015. ISBN 978-92-9240-567-0.

AL-HAMMAD, Fatimah et al. The Effect of Shift Work on Psychological Stress Pattern and Health of Nurses Working at a Tertiary Hospital, Riyadh. *Middle East Journal of Nursing*. 2012, Vol. 6, 6, pp. 14-20.

ÁLVAREZ, Francisco Javier Llaneza. *Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales- Casos Prácticos*. Navarra: Editorial Aranzadi, 2016. ISBN: 978-84-9099-895-3.

AMATO, Joel L et al. Os benefícios da meditação Loving-Kindness. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012, Vol. 7, p. 66.

AMES, Margaret et al. Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017, Vol. 15, 7, pp. 1800-1804.

ANGELIM, Rebeca Coelho de Moura e ROCHA, Grizelle Sandrine de Araujo. Scientific production about the working conditions of nursing in emergency and urgent services. *Rev. Pesq. Cuid. Fundam*. 2016, Vol. 8, 1, pp. 3845-3859.

ARAÚJO, Samila Torquato e PENAFORTE, Kiarelle Lourenço. Psychosocial Risks Related to Work: Perception of Nursing Professionals. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2016, Vol. 10, 11, pp. 3831-3839.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA (APEGEL). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. 2009. pp. 1-9.

BARBOSA, Silvânia da Cruz, SOUZA, Sandra e MOREIRA, Jansen Souza. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2014, Vol. 14, 3, pp. 315-323.

BARRETO, Jussara dos Santos, RODRIGUES, Edvane Maurício da Silva e RODRIGUES, Diego Pereira. Riscos e agravos na saúde dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. *Enfermagem Brasil*. 2012, Vol. 11, 1, pp. 35-42.

BELLOLIO, M. F. et al. Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other Medical and Surgical Specialties. *Western Journal of Emergency Medicine*. September de 2014, Vol. XV, 6, pp. 629-635.

BERG, Gina M. et al. Exposing Compassion Fatigue and Burnout Syndrome in a Trauma Team: A Qualitative Study. *Journal of Trauma Nursing*. 2016, Vol. 23, 1, pp. 3-10.

BORGES, Elisabete e FERREIRA, Teresa. Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire - Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015, Vol. 13, pp. 25-33.

BORGES, Elisabete Maria das Neves. *Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho: Stress e Violência Psicológica nos Enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. 2012. Tese de Doutoramento.

CARNEIRO, Luísa e SILVA, Isabel S. Trabalho por turnos e suporte do contexto organizacional: um estudo num centro hospitalar. *International Journal on Working Conditions*. 2015, Vol. 9, 0, pp. 143-160.

CARVALHO, Pedro Rodrigues Cortês. *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala "Professional Quality of Life 5"*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Porto: s.n., 2011. Dissertação de Mestrado.

COELHO, João Aguiar, ZANELLI, José Carlos e TOSTES, Andreia Costa. Psicologia da Saúde Ocupacional em Contextos Hospitalares. [autor do livro] Maria José Chambel. *Psicologia da Saúde Ocupacional*. Lisboa: Pactor, 2016.

COMISSÃO EUROPEIA. *Eurobarómetro 398 "Working Conditions"*. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidado de saúde*. s.l.: CIE, 2000.

CORREIA, Joana Andreia Campos. *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. 2016a. Dissertação de Mestrado.

CORREIA, Maria Manuela Silva Veloso. *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2016b. Dissertação de Mestrado.

CROPLEY, Stacey. Nursing Fatigue: Avoiding Patient Safety Risks. *Texas Board of Nursing Bulletin*. Abril de 2015, Vol. 46, 2, pp. 3-7.

CRUZ, Bárbara Sofia Pires da. *Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: FPCE, 2014. Dissertação de Mestrado.

DANTAS, Tatiana Rodrigues da Silva et al. Prevalence of burnout syndrome among nurses in urgency and emergency hospital system. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2014, Vol. 6, pp. 196-205.

DANTAS, Uberlândia Islândia Barbosa et al. Work of nurses in the urgency sector: limits and perspectives. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2015, Vol. 9, 3, pp. 7556-7561.

DESPACHO nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. *D.R. II Série*. Nº 153 (2014-08-11), pp. 20673-20678.

DESPACHO nº 13377/2011. *D.R. II Série*. Nº 192 (2011-10-06), pp. 39681-39682.

DIAS, Maria de Fátima Ferreira Gomes. *A Motivação dos Enfermeiros em Tempo de Crise*. Faculdade de Economia do Porto. 2012. Dissertação de Mestrado.

DRURY, Vicki et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and. *Journal of Nursing Management*. 2014, Vol. 22, pp. 519-531.

ELLIS, Niki e POMPILI, Aurelia. *Quality of Working Life for Nurses. Report on qualitative research*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002. ISBN: 0642820317.

ERWIN, Kathie T. Addiction Counselors in the Compassion Fatigue Cycle. *Counselor*. June de 2017, pp. 32-35.

FERREIRA, Maria Manuela Frederico. Relação com a chefia e empenhamento organizacional: que associação? - Estudo em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Management*. 2011, Vols. 5-6, 3, pp. 117-125.

FIGLEY, Charles. R. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nova Iorque: Brunner-Routledge, 1995.

FÔNSECA, Leila de Cássia Tavares da et al. Vulnerability of the health of nursing professionals acting in the hospital setting: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2016, Vol. 10, 7, pp. 2687-2695.

FORTIN, Marie Fabienne. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Maria João Baptista dos Santos de e PARREIRA, Pedro Miguel Dinis. Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*. Julho de 2013, Vol. III, 10, pp. 171-178.

FREIXO, Manuel João Vaz. *Metodologia Científica: Fundamentos e técnicas*. 3ª ed. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2011. ISBN 978-989-659-077-2.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO (EUROFOUND). *Sixth European Working Conditions Survey - Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. 978-92-897-1566-9.

GONÇALVES, Valter Fernando Pereira. *Conciliação da vida Privada com a vida Profissional dos Enfermeiros Portugueses*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2012. Tese de Mestrado.

GUERRA, Nelson. Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. *Jornal Enfermeiro*. 2016, pp. 4-6.

HARRIS, Chelsia e GRIFFIN, Mary T. Quinn. Nursing on empty: Compassion fatigue signs, symptoms and system interventions. *Journal of Christian Nursing*. 2015, Vol. 32, 2, pp. 80-87.

HENSON, J. Sheree. When Compassion Is Lost. *Medsurg Nursing*. 2017, Vol. 26, 2, pp. 139-142.

HINDERER, Katherine A. et al. Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*. 2014, Vol. 21, 4, pp. 160-169.

HOOPER, Crystal et al. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*. 2010, Vol. 36, 5, pp. 420-427.

HOUCK, Dereen. Helping Nurses Cope With Grief and Compassion Fatigue: An Educational Intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014, Vol. 18, 4, pp. 454-458.

HUNSAKER, S. et al. *Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses*. 2015.

ILICETO, Paoplo et al. Occupational stress and psychopathology in health professionals: An explorative study with the Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) model approach. *Stress*. 2012, pp. 1-10.

JOINSON, C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992, Vol. 22, 4, pp. 116-118.

- KELLY, L., RUNGE, J. e SPENCER, C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015, pp. 522-528.
- KOLHS, Marta et al. Nursing in urgency and emergency: between the pleasure and suffering. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental*. 2017, Vol. 9, 2, pp. 422-431.
- LABIB, Merna. *Compassion Fatigue, the Wellness of Care Providers, and the Quality of Patient Care*. University Honors and Science, Portland State University. 2015. Tese de Mestrado.
- LAGO, Kennyston e CODO, Wanderley. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*. 2013, Vol. 18, 2, pp. 213-221.
- LAPENA-MONUX, Yolanda Raquel et al. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Texto contexto - enferm*. 2014, Vol. 23, 3, pp. 555-562.
- LEI nº 102/2009. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *D.R. I Série*. Nº 176 (2009-09-10), pp. 6167-6192.
- LEI nº 7/2009. Código do Trabalho. *D.R. I Série*. Nº 30 (2009-02-12), pp. 926-1029.
- LEITE, Amélia Resende et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico na enfermagem em unidades de pronto atendimento. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2014, pp. 910-918.
- LIMA, Sybelle Régia Rodrigues et al. Absenteeism with Focus on the Health of Nursing Team Worker Acting in Intensive Care: Integrative Review. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2016, Vol. 10, 9, pp. 3426-3437.
- MANUELITO, Carla Sofia Lopes. *Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitais/emergência*. Escola de Psicologia e Ciências da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Lisboa: s.n., 2016. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.
- MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira et al. Relacionamento Interpessoal da Equipe de Enfermagem X Estresse: Limitações para a Prática. *Cogitare Enfermagem*. 2014a, Vol. 19, 2, pp. 309-315.
- MARTINS, Júlia Trevisan et al. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. *Revista Enfermagem UERJ*. 2014b, Vol. 22, 3, pp. 334-340.
- MATOS, Eliane e PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006, Vol. 15, 3, pp. 508-514.
- MISSOURIDOU, Evdokia. Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*. 2017, Vol. 24, 2, pp. 110-115.
- MIZUHIRA, Vanessa Fujino, SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldes e OLIVEIRA, Kleber Aparecido de. Absenteeism among nursing professionals: integrative review. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2015, Vol. 9, 5, pp. 7936-7946.
- MOL, Margo M. C. van et al. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 2015, Vol. 10, 8, pp. 1-22.
- MOONEY, Claire et al. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*. 2017, Vol. 24, 3, pp. 158-163.
- NOLTE, Anna G. W. e al, et. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2017.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2015.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing, 2017.
- OLIVEIRA, Elias Barbosa et al. Nursing work in hospital emergency units - psychosocial risks: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2013, Vol. 12, 1, pp. 73-88.
- OLIVEIRA, Joana D'Arc de Souza et al. Stress of nurses in emergency care: a social representations study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2014a, Vol. 13, 2, pp. 146-153.
- OLIVEIRA, Layze Braz de et al. Nurses' Health and Safety: Ergonomic Risks in Critical Hospital Units. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2014b, Vol. 8, 8, pp. 2633-2637.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um Modelo para Ação para Empregadores, Trabalhadores, Formuladores de Políticas e Profissionais*. Brasília: OMS, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. Genebra: OMS, 2006.
- PEREIRA, Ana Mónica et al. Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014, 11, pp. 24-30.
- PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes. *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005. ISBN: 972-618-391-X.
- PINTO, Ricardo Ramos. *Introdução à Análise de Dados*. 2ª ed. Lisboa: Sílabo, 2012. ISBN 978-972-618-692-2.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (DGS). *Orientação nº 008/2014 de 21 de Maio de 2014*. 2014a.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (DGS). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: DGS, 2014b.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (DGS). *Plano Nacional de Saúde, 2º Ciclo - 2013/2017*. Lisboa: DGS, 2013.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (DGS). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: DGS, 2001. 24p. ISBN 972-9425-99-X.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central dos Sistema de Saúde (ACSS). *Relatório e Contas de 2015*. Lisboa: ACSS, 2016.
- POTTER, Patricia et al. Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*. Março de 2013, Vol. 40, 2, pp. 180-187.
- RAHMAN, Hanif Abdul, ABDUL-MUMIN, Khadizah e NAING, Lin. A study into psychosocial factors as predictors of work-related fatigue. *British Journal of Nursing*. 2016, Vol. 25, 13, pp. 757-763.
- RAMOS, Érica Lima et al. Quality of work life: repercussions for the health of nursing worker in intensive care. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2014a, Vol. 6, 2, pp. 571-583.
- RAMOS, S. e NARANJO, E. *Metodologia da Investigação Científica*. Angola: Escolar Editora, 2014b. ISBN 978-989-669-065-6.

REGO, Amélia e ARAÚJO, Beatriz. Enfermagem: Gerir com vinculação a valores. In II Congresso Nacional da ACEPS “Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano”, Viseu, Portugal, 7-8 Março 2013. In *Revista Servir*. 2013, Vol. 58, 1, pp. 24-31.

REGULAMENTO n.º 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *D.R. II Série.*, N.º 48 (2015-03-10), pp. 5948-5952.

REIS, Fernanda Faria e BRAGA, André Luiz de Souza. Night work and its impacts on the health of the nursing team: an integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2015, Vol. 9, 3, pp. 7133-7145.

RIBEIRO, Renato Mendonça et al. Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015, Vol. 28, 3, pp. 216-223.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2014, Vol. 48, 2, pp. 308-314.

RPN JOURNAL STAFF. Compassion Fatigue. Coping With the Psychological Impacts Associated With Palliative Care Nursing. *Registered Practical Nursing Journal*. 2015, p. 11.

SACCO, Tara L. et al. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*. 2015, Vol. 35, 4, pp. 32-42.

SANTOS, Janaína Luiza dos et al. Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2016, Vol. 34, 3, pp. 511-517.

SANTOS, Livia da Silva Firmino et al. Evidências de Absenteísmo na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2014, Vol. 8, 10, pp. 3483-3491.

SHARMA, Parul et al. Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2014, Vol. 18, 2, pp. 52-56.

SHEPPARD, Kate. Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*. 2015, Vol. 28, pp. 57-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007>.

SHEPPARD, Kate. Compassion fatigue: Are you at risk? *American Nurse Today*. 2016, Vol. 11, 1, pp. 53-55.

SILVA, Elisabeth Elaine de Castilho Marques et al. Ergonomic Evaluation of the Position of Urgency in a Mixed Health in Natal / Rio Grande do Norte. *Journal of Research Fundamental Care On Line*. 2013, Vol. 5, 3, pp. 227-234.

SILVA, Francisca Francineide Andrade da et al. Risks of accidents with needlestick materials at the urgency sector of a public hospital. *Revista Cuidado é Fundamental Online*. 2016a, Vol. 8, 4, pp. 5074-5079.

SILVA, Silmar Maria da et al. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016b, Vol. 16, pp. 41-48.

SINCLAIR, Shane et al. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*. 2017, Vol. 69, pp. 9-24.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDITAÇÃO E BEM-ESTAR. Mindfulness - O que é? *Sociedade Portuguesa de Meditação e Bem-Estar*. [Em linha] 2017. [consult. 6 de Agosto de 2017.] Disponível em: <http://spm-be.pt/m/mindfulness-o-que-e/>.

STAMM, Beth Hudnall. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd Ed. Pocatello: ProQOL.org, 2010.

STAMM, Beth Hudnall. *The ProQOL Manual*. s.l. : Sidran Press, 2005.

SUNG, Kiwol, SEO, Youngsook e KIM, Jee Hee. Relationships between Compassion Fatigue, Burnout, and Turnover Intention in Korean Hospital Nurses. *J Korean Acad Nurs*. 2012, Vol. 42, 7, pp. 1087-1094.

TEIXEIRA, Antónia, FERREIRA, Teresa e BORGES, Elisabete. Bullying no trabalho: Perceção e impacto na saúde mental e vida pessoal dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016a, Vol. 15, pp. 23-29.

TEIXEIRA, Antónia, FERREIRA, Teresa e BORGES, Elisabete. Conceito e Atos de Bullying no Trabalho: Perceção dos Enfermeiros. *International Journal on Working Conditions*. 2016b, Vol. 12, pp. 19-34.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al. Ressocialização do enfermeiro gerente. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, Vol. III Série, 4, pp. 161-166.

VALENTE, Geílsa Soraia Cavalcanti e NOGUEIRA, Joyce Rocha de Matos. The Regulatory Standard 32 and Nursing Care in the Emergency Service of a Teaching Hospital. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2012, Vol. 6, 9, pp. 2103-2110.

VASCONCELOS, S. et al. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. *Work*. 2012, Vol. 41, 1, pp. 3732-3737.

VELOSO, Lorena Uchôa Portela et al. Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2016, Vol. 10, 11, pp. 3969-3976.

VIEIRA, Maria Rosário Fátima Sousa Pinheiro. *Satisfação no Trabalho e Absentismo dos Enfermeiros de um ACeS*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2016. Dissertação de Mestrado.

WENTZEL, Dorian e BRYSEWICZ, Petra. Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*. 2017, Vol. 44, 3, pp. 124-140.

WYLDE, Chelsey Morrison et al. Mindfulness for Novice Pediatric Nurses: Smartphone Application Versus Traditional Intervention. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017, Vol. 36, pp. 205-212.